

Tartu Ülikool
Meditšiiniteaduste valdkond
Peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut
Õendusteaduse õppetool

Kadri Kõöp

**PATSIENTIDE KOGEMUSED JA VAJADUSED SEOSSES ELUSTILI
NÕUSTAMISEGA PEREARSTIKESKUSTES**

Magistritöö õendusteaduses

Tartu 2016

Juhendaja: Tiina Tõemets RN, MSc

/allkiri/

/kuupäev/

Kaasjuhendaja: Ruth Kalda MD, PhD

/allkiri/

/kuupäev/

Otsus kaitsmisele lubamise kohta: _____

Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja lõputöö üldsusele kättesaadavaks tegemiseks

Mina, **Kadri Kõöp**

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) enda loodud teose

„Patsientide kogemused ja vajadused seoses elustiili nõustamisega perearstikeskustes”,

mille juhendajad on **Tiina Tõemets RN, MSc ja Ruth Kalda MD, PhD**

1.1. reprodutseerimiseks säilitamise ja üldsusele kättesaadavaks tegemise eesmärgil, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace-is lisamise eesmärgil kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni;

1.2. üldsusele kättesaadavaks tegemiseks Tartu Ülikooli veebikeskkonna kaudu, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace'i kaudu alates **03.06.2018** kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni.

2. olen teadlik, et nimetatud õigused jäävad alles ka autorile.

3. kinnitan, et lihtlitsentsi andmisega ei rikuta teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse seadusest tulenevaid õigusi.

Tartus, 11.05.2016.

KOKKUVÕTE

Patsientide kogemused ja vajadused seoses elustiili nõustamisega perearstikeskustes

Tervishoiutöötajad näevad peamiste takistustena elustiili nõustamise tulemuslikkuse osas patsiendipoolseid barjääre. Patsientide kogemuste ja vajaduste uurimine elustiili nõustamisega seoses võimaldaks toetada patsientide püüdlusi teha elustiilis muutusi, mille tulemusena võiks elustiili nõustamine olla tulemuslik ja patsiendikeskne. Käesoleva uurimistöö eesmärk oli kirjeldada patsientide kogemusi ja vajadusi seoses elustiili nõustamisega perearstikeskustes.

Uurimistöö on empiiriline, kirjeldav ja kvalitatiivne. Andmed koguti poolstruktureeritud intervjuuga 2015. aasta maist septembrini, uurimistöös osales 15 uuritavat. Andmeid koguti, kuni oli moodustunud küllastunud andmebaas ja viimaste intervjuudega ei lisandunud uut teavet. Kõik intervjuud salvestati, transkribeeriti ja analüüsiti induktiivse sisuanalüüsi meetodil.

Uurimistöö tulemusena selgus, et patsientidel on seoses elustiili nõustamisega erinevaid kogemusi ja vajadusi. Patsientide kogemused seoses elustiili nõustamisega käsitlesid nõustajaga, nõustatavaga ning nõustamisprotsessiga seotud kogemusi. Nõustajaga seoses tõid uuritavad välja kogemusi nõustaja isiksusega ja nõustaja professionaalsusega. Nõustatavaga seotud kogemused hõlmasid isiklikku vastutust, tundeid, motivatsiooni ning takistusi. Nõustamisprotsessiga seotud kogemused hõlmasid nõustamise korraldust, erinevaid nõustamise teemasid, nõustamise tulemuslikkust ja patsientidel oli ka kogemusi ebatõhusate soovitustega.

Elustiili nõustamisega seotud vajadused patsientidel hõlmasid professionaalsusest lähtuvaid vajadusi ja individuaalsusest lähtuvaid vajadusi. Professionaalsusest lähtuvad vajadused olid pädeva ja põhjaliku nõustamise vajadus, spetsiifiliste soovituste vajadus ning toodi välja ka nõustamise korraldusega seotud vajadusi. Individuaalsusest lähtuvad vajadused olid usaldusliku suhte vajadus, hooliva suhtumise vajadus, personaalse lähenemise ning ka motivatsiooni tekitamise vajadus. Uurimistulemuste praktikasse rakendamiseks tutvustatakse uurimistöö tulemusi pereõdedele ja perearstidele ning üheks praktikasse rakendamise võimaluseks on uurimistöö tulemuste integreerimine õdede õppekavasse. Edaspidi võiks täiendavalt uurida nii tervishoiutöötajate kui patsientide kogemusi ja vajadusi seoses elustiili nõustamisega perearstikeskustes kvantitatiivselt selleks koostatud mõõdiku alusel.

Märksõnad: patsient, kogemused, vajadused, elustiili nõustamine, perearstikeskus

SUMMARY

Patients' experiences and needs with regard to lifestyle counseling in family health centers

Health care workers acknowledge that patient-side barriers are the main obstacles to efficient lifestyle counseling. Research regarding patients' experiences with, and needs for lifestyle counseling would enable to support patients' efforts to make lifestyle changes and as a result lifestyle counseling could be effective and patient-centered. The aim of this research was to describe patients' experiences and needs with regard to lifestyle counseling in family health centers.

The research is empirical, descriptive and qualitative. Data was collected through semi-structured interviews that were carried out between May and September 2015. Fifteen patients participated in the research. Data was collected until a saturated database was established, and no new themes emerged from last interviews. All interviews were recorded, transcribed and analyzed by applying the inductive content analysis method.

The research revealed that patients have a variety of experiences and needs about lifestyle counseling. Patients' experiences encompassed experiences with a counselor, experiences as a counseling service recipient and experiences regarding the counseling process. Experiences with a counselor concerned experiences with counselor's personality and professionalism. Experiences from the perspective of a counseling service recipient included experiences concerning personal responsibility, feelings, motivation and obstacles. Experiences regarding the counseling process included experiences with organization of consulting, counseling topics, counseling effectiveness and patients also had the experience of inefficient recommendations.

According to the research, patients' needs in relation to lifestyle counseling included needs concerning professionalism and individuality. The needs concerning professionalism involve needs for competent and comprehensive counseling, for specific recommendations and for well-organized consulting. The needs concerning individuality involve needs for a relationship based on trust, a caring attitude, a personal approach and motivation. To implement research results into practice the results will be presented to family nurses and family doctors, with one possibility to apply the research results by integrating the results into the nursing curriculum. Further quantitative research into experiences and needs about lifestyle counseling from the perspective of patients and health professionals could be pursued.

Keywords: patient, experiences, needs, lifestyle counseling, family health centre

SISUKORD

KOKKUVÕTE

SUMMARY

1. SISSEJUHATUS	7
2. UURIMISTÖÖ TEADUSLIK TAUST	9
2.1 Patsientide kogemused ja vajadused seoses elustiili nõustamisega	9
2.2 Väljakutsed elustiili nõustamisel esmatasandi tervishoius	14
3. METOODIKA	17
3.1 Uurimistöö metodoloogilised lähtekohad	17
3.2 Uuritavad	17
3.3 Andmete kogumine	19
3.4 Andmete analüüs	20
3.5 Uurimistöö usaldusväärsus	22
4. TULEMUSED	24
4.1 Patsientide kogemused seoses elustiili nõustamisega	24
4.1.1 Nõustajaga seotud kogemused	24
4.1.2 Nõustatavaga seotud kogemused	27
4.1.3 Nõustamisprotsessiga seotud kogemused	32
4.2 Patsientide vajadused seoses elustiili nõustamisega	38
4.2.1 Professionaalsusest lähtuvad vajadused	39
4.2.2 Individaalsusest lähtuvad vajadused	45
5. ARUTELU	51
6. JÄRELDUSED	60
KASUTATUD KIRJANDUS	61
LISA 1: SCORE (<i>Systematic Coronary Evaluation</i>) riskitabelite süsteem	
LISA 2: Uuritava informeerimise ja teadliku nõusoleku vorm	
LISA 3: Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komitee luba uurimistööks	
LISA 4: Poolstruktureeritud intervjuu küsimused	

1. SISSEJUHATUS

Ebatervislikust elustiilist tingitud krooniliste haiguste esinemissagedus on kasvanud epideemilistes proportsioonides, kuigi nende haiguste riskitegurid on suures osas ennetatavad (Jallinoja jt 2007, Nes ja Sawatsky 2010, Parker jt 2010, Vermunt jt 2011). Sagedamini esinevad elustiilist tingitud kroonilised haigused on südame-veresoonkonna haigused, teist tüüpi diabeet, kasvajalised haigused ja kroonilised kopsuhaigused. Elustiilist tingitud krooniliste haiguste olulisemad riskitegurid on ebatervislik toitumine, suitsetamine, ülekaalulisus, ebapiisav füüsiline aktiivsus ja alkoholi liigtarvitamine. (Global status...2011.) Vastavalt uuringu *Global Burden of Disease Study 2013* andmetele on kõige suuremat tervisekaotust põhjustavad riskitegurid Eestis kõrgeenenud vererõhk, ülekaal, suitsetamine, alkoholi liigtarvitamine, kõrgeenenud kolesteroolitase ja veresuhkru metabolismi häired. Kõige suuremat tervisekaotust nii haigestumusest kui surmadest tingitud kaotatud eluaastate osas põhjustavad Eestis südame-veresoonkonna haigused. (Forouzanfar jt 2015.)

Eestis on välditavate haiguste esinemissagedus tõusutendentsiga ning vanuseliselt varasemaks nihkunud. Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuringu põhjal oli 2014. aastal kõrgeenenud veresuhkru väärtusega 6,4% ja kõrgeenenud vererõhuga 21,5% uuringus osalenutest, ülekaalulised (kehamassiindeks > 25) olid 52% vastanutest. Võrdluseks 2002. aastal oli kõrgeenenud veresuhkru väärtusega 2,6% ja kõrgeenenud vererõhuga 15,9% uuritavatest. Kui 2002. aastal uuringus osalenud 35-44 aastastest meestest ei olnud kõrgeenenud veresuhkru väärtusega vastanuid, siis 2014. aastal oli neid juba 6,3%. Kõrgeenenud vererõhk oli 2002. aastal 10% 35-44 aastasel mehel, kuid 2014. aastal juba 17,5%. (Tekkel ja Veideman 2015.)

Elustiili nõustamine tervishoiu esmatasandil võimaldab efektiivselt mõjutada elustiilist tingitud krooniliste haiguste riskitegureid (Parker jt 2010, Vermunt jt 2011), millega tegelevad esmatasandi tervishoiu spetsialistid (Fleming ja Godwin 2008, Parker jt 2010, Global status...2011). Elustiili nõustamine on integreeritud esmatasandi tervishoiusüsteemi ja on enamasti läbi viidud õde-spetsialistide poolt (Kettunen jt 2006), aga ka arstide poolt (Walseth jt 2011). Esmatasandi tervishoiul on Eestis suurim roll mittenakkuslike haiguste ennetamises (Pertel jt 2010), kuid Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise 2014. aasta uuringu põhjal saavad soovitusi eluviisi tervislikumaks muutmiseks vaid vähesed patsiendid. Näiteks kuigi ülekaalulisi (kehamassiindeks > 25) oli 52% vastanutest, oli neist kehakaalu langetamise soovitusi saanud arstilt 19,7% ja muult tervishoiutöötajalt 4,4%. Igapäevasuitsetajaid oli 2014. aastal 22,1%, kellest suitsetamisest loobumise soovitusi oli saanud 32,3% arstilt ja 7,7% muult tervishoiutöötajalt. (Tekkel ja Veideman 2015.)

Eesti õenduse ja ämmaemanduse arengustrateegia 2011–2020 (2011) käsitleb õenduse ja ämmaemanduse tähtsamaid arengusuundi, sealhulgas tervishoiuteenuste patsiendi- ja perekesksust ning kvaliteeti. Käesoleva töö teema uurimine võimaldaks osutada patsiendikesksema ning kvaliteetsema tervishoiuteenust.

Väljakutsed elustiili nõustamisel esmatasandi tervishoiusüsteemis peegeldavad nii patsientide kui õdede ja arstide vaatenurki - tervishoiutöötajad kogevad nõustamist keerulisena (Jansink jt 2010) ja patsiendid iseloomustavad nõustamist kaastundetu ja kiirustavana, mis ei vasta patsiendi vajadustele (Brown jt 2006, Malterud ja Ulriksen 2010, Walseth jt 2011). Elustiili nõustamist esmatasandi tervishoiusüsteemis mõjutab asjaolu, et patsiendid otsivad abi tõsisemale või kaasuvale probleemile, jättes vähem aega elustiili nõustamisele, mis omakorda mõjutab nõustamise efektiivsust (Wilcox jt 2010).

Esmatasandi tervishoiu spetsialistid peavad elustiili nõustamist üheks oma peamiseks rolliks ja rõhutavad selle tähtsust elustiilist tingitud krooniliste haiguste ennetamisel ja toimetulekul (Jallinoja jt 2007, Parker jt 2010). Takistavate teguritena nimetatakse patsientide motivatsiooni puudust ja ajapuudust (Jallinoja jt 2007, Parker jt 2010, Wilcox jt 2010). Samas ei nimetata kuigi sageli takistusena nõustamisalaste teadmiste ja oskuste puudumist, kuigi tegelikkuses enamik tervishoiuspetsialiste ülehindab oma teadmisi (Parker jt 2010, Carlford jt 2012). Pertel jt (2010) hinnangul Eesti esmatasandi tervishoiu spetsialistide (83,3% perearstidest, 67,2% pereõdedest) arvates raskendavad igapäevatööd haiguste ennetamises ja tervise edendamises patsientide vähene teadlikkus oma tervises seisundist ja võimalustest ennetada ja vähendada riskifaktoreid.

Kuna õed näevad peamiste takistustena elustiili nõustamise tulemuslikkuse osas patsiendipoolseid barjääre (Jallinoja jt 2007, Parker jt 2010, Wilcox jt 2010, Pertel jt 2010), olles samas kindlad oma nõustamisoskustes (Parker jt 2010, Carlford jt 2012), soovitakse uurida patsientide kogemusi ja vajadusi seoses elustiili nõustamisega. Kui õed mõistaksid ja arvestaksid patsientide vaatenurki, suurendaks see õdede teadlikkust elustiili muutustega seotud aspektidest ning võimaldaks toetada patsientide püüdlusi teha elustiilis muutusi (Brobeck jt 2014), mille tulemusena võiks nende poolt läbi viidud elustiili nõustamine olla tulemuslik ja patsiendikeskne. Uurimistöö eesmärk on kirjeldada patsientide kogemusi ja vajadusi seoses elustiili nõustamisega perearstikeskustes.

Uurimisküsimused:

1. Missugust elustiili nõustamist patsiendid on kogenud?
2. Missugust elustiili nõustamist patsiendid vajavad?

2. UURIMISTÖÖ TEADUSLIK TAUST

2.1 Patsientide kogemused ja vajadused seoses elustiili nõustamisega

Patsient (*patient*) on Rahvusvahelise Patsientide Ühendorganisatsiooni (*International Alliance of Patients Organizations*) (2007) poolt defineeritud kui isik, kellel on haigus, sündroom või puue. Haldre jt (2007) teeb vahet mõistetil 'patsient' ja 'klient' – patsient on tervishoius passiivne konsultatsiooni saaja, klient on võrdne partner, kes pöördub nõustamisele. Seega sobiks elustiili nõustamise kontekstis pigem mõiste 'klient', kuid Eesti tervishoius on valdavalt kasutusel mõiste 'patsient' ning seetõttu on käesolevas töös kasutatud läbivalt mõistet 'patsient'.

Patsiendikeskne tervishoid (*patient-centred healthcare*) vastab patsientide väljendatud vajadustele ja eelistustele ning aktiveerib neid vastutama oma tervisekäitumise eest (*What is Patient-Centred...2007*).

Kogemus (*experience*) on emotsioonidega seotud aja jooksul muutuv subjektiivne nähtus, mida inimene on omandanud. Kogemuste ümbertöötamine ja tõlgendamine loob inimesele olulisi tähendusi, mida tuleks aktsepteerida. (Malterud ja Ulriksen 2010.) Kogemus hõlmab inimeste kokkupuudet situatsiooniga teatud aja jooksul, mille tulemusena arenevad nende oskused ja teadmised. Et inimene saaks omandada kogemust, peab ta läbi tegema sündmuse või situatsiooni ning kogemuse tähtsaimaks tulemuseks on sellest saadud teadmine või õppimine. Kogemuse tulemuseks võib olla ka muutus tunnetes, mis võib inimese jaoks olla intiimne, sügav ja märkimisväärse tähendusega. (Watson 1991.)

Vajadus (*need*) on soovimatu seisund, milles inimene tunnetab millegi väärtusliku ja vajaliku puudujääki ja võtab vastutuse selle kõrvaldamise eest. Et vajadus saaks tekkida, peab olema mingi muutus seisundis või olukorras. Kui vajadus on teadvustatud, on tunnetatud soov tegutseda selle rahuldamise nimel. Mittetegutsemise tulemuseks oleks rahulolematuse ja vajaduse jätkuv olemasolu, mis mõjutab inimese seisundit ja põhjustab distressi. Seega on oluline ka aeg, mille vältel vajadus rahuldatakse. On eristatud ka vajadusi ja soove, põhjendades, et vajadusi peab rahuldama, kuid soove võib edasi lükata. Samas on välja toodud, et vajaduse mõistet ei saa järgalt analüüsida, kuna ka inimese soovid on olulised ning neid tuleks käsitleda kui tunnetatud vajadusi. (Endacott 1997.) Vajaduste ja soovide rahuldamine on tihedalt seotud ootustega. „**Ootus** (*expectation*) on indiviidi tunnetuslik oletus või ettekujutus mingist tulevikus toimuda võivast sündmusest“ (Kändma 2008). Käesolevas uurimistöös uuritakse patsientide vajaduste raames ka nende soove ja ootusi vajaduste rahuldamiseks.

Paljudel patsientidel on ekslikud ootused esmatasandi tervishoiule, uskudes kiiretesse lahendustesse, kuid tegelikkuses areneb võime teha käitumuslikke muutusi aeglaselt ja uut käitumist on raske säilitada (Kettunen jt 2006, Carlford jt 2012). Patsiendid vajavad tunnistust edu korral ning mõistmist, lohutust ning julgustamist ebaedu puhul. Patsiendid kogesid ka vajadust piisavaks ajaks ja korduvateks konsultatsioonideks ning märkisid, et tihe ajagraafik loob pinnapealseid üldiseid soovitusi, millest pole kasu ning samuti on see barjääriks tundlikel teemadel rääkides. (Kettunen jt 2006.) Patsientide sõnul on nõustamised lühiaegsed, sisaldades vaid lühiküsimusi ja üldlevinud infot toitumise ja liikumise kohta, mida nad juba teadsid. Samas ei räägitud tagajärgedest ega antud nõu, kuidas füüsilist aktiivsust suurendada, mida patsiendid tegelikult oleks vajanud. (Poskiparta jt 2006.)

Püsivate muutuste elluviimine on patsientidele raske – poole aasta jooksul saavutatud tulemused olid saanud sageli tagasilöögi aasta hiljem, seetõttu peetakse vajalikuks ka jätkuvat toetust peale nõustamisprogrammi lõppemist, et saavutatud muutused oleks püsivad (Jansink jt 2009, Vermunt jt 2011, Brobeck jt 2014). Esines erinevusi patsientide ootustes elustiili nõustamise suhtes ja selle vahel, mida nad nõustamisel tegelikult kogesid. Enamasti kogesid patsiendid, et neile üritatakse mingit režiimi peale suruda, samas kui nad olid oodanud oma käitumuslike muutuste tunnistamist. Nõustamise sessioonid oleks patsientidele kasulikud, kui need läheks kaugemale nõu andmisest ja oleks innustavad, keskendudes patsiendi vajadustele. (Miller ja Marolen 2012.) Patsientide vaatenurgast on konstruktiivseteks vestlusteks vajalikud alternatiivide uurimine, tugevuste, võimaluste ja lahenduste leidmine ning nõustajaga ühise arusaamiseni jõudmine (Strong ja Nielsen 2008). Konstruktiivse vestluse tulemuseks on muutunud arusaamade ja tegevusteni jõudmine, mis eeldab aga rohkemat kui lihtsalt informatsiooni vahetamine (Strong ja Nielsen 2008, Wermeling jt 2014).

Patsiendid soovisid siirast ja avameelset dialoogi, et aidata saavutada ühist arusaamist patsiendi tervises seisundist ja igapäevaelust. Oluline oli võimalus küsida küsimusi ja saada ausaid vastuseid ning patsiendid pidasid sellist dialoogi tähtsamaks kui elustiililaseid brošüüre. Patsiendid kogesid isiklikku dialoogi kui abi kaevuda sügavamalt igapäevaelu alustesse, võimaldades näha, mis funktsioneeris ja mis mitte. (Persson ja Friberg 2009, Walseth jt 2011.) Patsiendid soovisid rohkem tervisliku elustiili alast nõustamist stressi, füüsilise aktiivsuse ja kehakaalu vähendamise ning toitumise teemal, kuid olulised valdkonnad olid ka emotsioonid, suhted ja praktilised asjaolud nagu töö ning igapäevane ajagraafik (Walseth jt 2011).

Brobeck jt (2014) uuringus osalenud pidasid ka tähtsaks patsiendi ja õe vahelist dialoogi. Kui dialoogi tulemuseks on uus mõtteviis elustiili osas ja kui patsiendi omaalgatust toetatakse, võib

dialoog viia muutusteni. Patsiendi vaba tahe ja õe tundlikkus aruteludes loovad soodsa pinnase muutusteks. Selleks, et muutus elustiilis saaks toimuda, peab vestlus elustiili teemal olema patsiendi jaoks tähendusrikas.

Persson ja Friberg (2009) näevad terviseteemalist vestlust tähelepanuväärse kohtumisena, kus dialoog mõtestab nii minevikukogemuste tähendust kui vaatab tulevikku. Kohtumisel liituvad nii õe kui patsiendi kogemused ja see uus teadmine pakub nii võimalusi kui väljakutseid. Patsiendid tundsid, et nii nende elustiil kui selle muutmine on nende isiklik valik ja nad tundsid vajadust säilitada oma autonoomiat. Carlfordi jt (2012) hinnangul peavad ka õed patsiendi autonoomiat tähtsaks, mida tuleb austada. Patsiente tuleb nõustada, kuid otsuse, kas seda aktsepteerida, teeb patsient. Brobeck jt (2014) sõnul toetavad õed patsiendi enesemääratlemist, mis on patsiendi autonoomia oluline aspekt.

Patsientide sõnul on tervishoiutöötajate soovitusel teoreetiliselt veenvad, kuid praktiliselt ebarealistlikud, kuna toitumisharjumused on tihedalt seotud kultuuri ja keskkonnaga ning liiga ranged piirangud võtaks elult tähenduse. Seetõttu vajavad patsiendid autonoomia austamist, et navigeerida distsipliini, kultuuri ja elukvaliteedi vahel ning tervishoiutöötajad peaks pakkuma aega, privaatsust ja kannatlikkust, et aidata patsientidel leida ressursid omal viisil haigusega toimetulekuks. (Wermeling jt 2014.)

Milleri ja Maroleni (2012) väitel kogesid patsiendid peamiste barjääradena füüsilise aktiivsuse muutmisel ajapuudust, motivatsioonipuudust ja laiskust; Whittemore jt (2010) sõnul aga ilmastikutingimusi ja terviseprobleeme valu või liikumispäärangute näol ning Wilcox jt (2010) hinnangul turvalisust, majanduslikke ja transpordiprobleeme, rollipiire, oma vajaduste tahaplaanile jätmist, suuremate kehamõõtude aktsepteerimist ning samuti terviseprobleeme. Barjääradena söömisharjumuste muutmisel kogeti stressi, aja- ja finantsressursside puudumist ning raskust kultuuriliste ja sotsiaalsete iseärasustega seotud traditsioonide mõjutamisel, tervislike valikuvõimaluste puudumist ning toiduohutust (Wilcox jt 2010, Whittemore jt 2010).

Vermunt jt (2011) ning Miller ja Marolen (2012) väidavad, et patsiendid peavad oluliseks sotsiaalse toetuse olemasolu, samas kui Wilcox jt (2010) poolt läbi viidud uuringus oli sotsiaalne tugi harva nimetatud. Brobeck jt (2014) uuringus osalenud patsiendid leidsid, et parem on rääkida kõrvalseisjaga kui ülihoolitseva pereliikmega, kelle kõrged nõudmised võivad põhjustada frustratsiooni. Seevastu Vermunt jt (2011) uuringu põhjal olid muutuste elluviimisel edukamad need patsiendid, kes olid abielus või püsisuhtes, näiteks partnerid saavad aidata toidu valmistamisel, lisaks aitavad nad suurendada muutumiseks vajalikku enesekindlust. Jansink jt

(2009) väidavad, et patsiendid peavad vajalikuks kohalike võimaluste kaardistamist, mis hõlmaks elukohajärgseid treeningprogramme ja kaalujälgimise gruppe ning leiavad, et õde võiks olla sellise informatsiooni jagaja.

Milleri ja Maroleni (2012) andmetel kogesid patsiendid isiklikku vastutust oma tervise eest, tunnistades, et motivatsioon ja muutumise vajadus peavad tulema nende endi seest; samale järeldusele jõudsid ka Persson ja Friberg (2009), kes väitsid, et inimene ise on see, kes peab valima oma tulevase elustiili. Isikliku vastutuse tähtsust kogesid ka Wermeling jt (2014) uuringus osalenud patsiendid, kuid leidsid, et vajalikke muutusi on raske igapäevaellu rakendada ning nad vajavad selleks tervishoiutöötaja abi. Brown jt (2006) on aga täheldanud, et isiklikku vastutust võidakse kogeda ka negatiivse tundena, näiteks ülekaaluliste patsientide puhul, kes tunnevad ennast süüdi oma probleemis ja kogevad ühiskonna häbimärgistamist, mida osaliselt leevendavad head suhted esmatasandi tervishoiu spetsialistidega. Ka Brobeck jt (2014) ning Wermeling jt (2014) tõid välja, et elustiili probleemidega on sageli seotud süü- ja häbitunne, mistõttu peaksid õed olema taktitundelised mõistmaks, et patsientide lugu on neile tõesti tähtis. Walsethi jt (2011) sõnul loob hea suhe patsiendi ja nõustaja vahel olukorra, kus patsient talub nõustamist paremini ning vaatamata tundlikele teemadele kogevad nad nõustamist hoolivust ja austust väljendavana. Brobeck jt (2014) lisavad, et kuigi patsiendid mõistavad isiklikku vastutust elustiili muutuste osas, vajavad nad individuaalset lähenemist ja toetust, sest õe liiga kõrged nõudmised võivad kergesti kaotada patsiendi motivatsiooni muutusteks.

Walseth jt (2011) tõid välja, et patsiendid kogesid tervishoiutöötajat kui spetsialisti ja hoolivat inimest samal ajal ning see kahekordne roll motiveeris sügavamalt kui avalik informatsioon ning aitas neil kogeda olukorra tähtsust isiklikul tasandil ning kohustas nõuannet kuulda võtma. Wermeling jt (2014) andmetel põhjustab see kahekordne roll aga tervishoiutöötajates ambivalentsust juhendite järgimise ja patsiendi vaatenurga arvestamise vahel. Perssoni ja Fribergi (2009) sõnul oli patsientidele tähtis, et neid võetaks unikaalse isiksusena, kellele konkreetselt on sõnum suunatud, mitte ei oleks standardiseeritud. Patsiendid hindasid kõrgelt, kui neid ei koheldud süüdiolavana, vaid kui kahte täiskasvanut võrdsel tasemel. Brobeck jt (2014) hinnangul oli patsientidele oluline ka see, et neid aktsepteeritakse vaatamata nende probleemidele ning aktsepteeritakse ka tagasilööke muutuste protsessis, mis annab patsientidele julguse tagasilööke tunnistada.

Malterud ja Ulriksen (2010) leidsid läbiviidud uuringu tulemusena, et ülekaalulised patsiendid on kogenud nõustamisel ettekavatsemata süüdistamist, alandavat ja moraliseerivat hoiakut. Patsiendid ootavad, et neilt küsitaks probleemide tegelike põhjuste kohta, mitte ei süüdistataks

ebatervislike harjumuste pärast. Patsientide sõnul tehakse kokkuvõtte: „söö vähem, liigu rohkem“, kuid keegi tegelikult ei küsi, mida täpselt süüakse või milline on igapäevane aktiivsus. Tundlike küsimuste vältimine sekkumisel võib nõustajat kaitsta keeruliste tunnete eest, kuid patsient tunneb end üksijäetuna. Haavatavat tunnet ebaõnnestumisest võib parandada hästi planeeritud nõustamisega, kuid alandavaid hoiakuid tajutakse eriti õnnestavana, kui need on tehtud tervishoiutöötaja poolt. Seevastu Wermeling jt (2014) väitel vajavadki mõned patsiendid konkreetseid korraldusi ja dramaatilisi stsenaariume, samas kui teised peavad seda hirmutavaks ja ebaefektiivseks. Ka Brobecki jt (2014) sõnul patsiendid hirmutavat taktikat ei kuulaks ning süüdistamise ja solvamise korral oleks nad lõpetanud konsultatsioonidel osalemise.

Patsiendid hindasid kõrgelt konfidentsiaalse suhte loomist, mis toetub usaldusele (Brobeck jt 2014, Wermeling jt 2014). Patsiendid kogesid toetust õdedelt ja tundsid, et nad ei ole oma probleemidega üksi jäetud. Nad tundsid ennast kindlalt, kui neid koheldi austusega, mitte süüdistavalt. Patsiendid olid teadlikud, et nad peavad ise tahtma muutuda ja õde ei peaks neid survestama edukas olema. Patsientidele oli oluline, et õde kuulaks neid loengut pidamata, sest probleemide sõnastamine aitab patsiendi kahtlustel hajuda, näha probleeme uuest vaatenurgast ning murda sissejuurdunud mõttemustreid. (Brobeck jt 2014.)

Perssoni ja Fribergi (2009) ning Walsethi jt (2011) sõnul soovisid patsiendid numbrilist informatsiooni kolesteroolist, veresuhkrust, vererõhust, et teha probleemi konkreetsemaks ja rõhutada selle tõsidust. Persson ja Friberg (2009) lisasid, et uus teadmine muutis nende elu – siiani oli tervist võetud iseenesestmõistetavana, kuid kõrgeenenud analüüsides väärtusi kogeti kui „äratuskella“, mida ei saanud ignoreerida, mis sundis keskenduma oma elustiilile ja võtma vastutust oma tervise eest. Patsientidele osutus keeruliseks analüüsides tulemuste numbrilisi väärtusi mõista ja seostada neid oma isikliku kogemuse ja teadmistega. Oluline oli, kas mõõdetud väärtus oli normi piires või üle selle. Ka Vermunt jt (2011) täheldasid, et vähem edukad olid need patsiendid, kelle analüüsides väärtused olid normi piires; see teadmine võib mõjutada motivatsiooni muuta ebatervislikku käitumist.

Whittemore jt (2010) uuringus osalenud patsiendid tõid positiivsena välja regulaarse kaalumise võimaluse ja tunde, et kellelegi on nende käitumine ja selle muutmine oluline ning tähtis oli ka kohtumiste toimumine patsientidele tuttavas keskkonnas, kus nad võisid ennast tunda mugavalt. Tähtsaks peeti ka seda, mida patsiendid õppisid iseenda kohta – teadlikkust oma ebatervislikest harjumustest, vabanduste otsimisest, enese julgustamisest teha vajalikke, kuid mittemeeldivaid harjutusi ning jõudu jätkata ka ebaõnnestumiste kiuste.

2.2 Väljakutsed elustiili nõustamisel esmatasandi tervishoius

„**Elustiil/eluviis** (*lifestyle*) on isikupärasel käitumismudelil põhinev elamisviis, mida mõjutavad väärtused, hoiakud ja elutingimused ning mis avaldab mõju tervisele“ (Kööp 2013a). Mõisteanalüüsi põhjal selgus, et eesti keeles peetakse 'elustiili' pigem moe või trendiga seotuks ja 'eluviisi' harjumuse, tegevusega seotuks. Tervisekäitumisega seoses kasutatakse eesti keeles rohkem mõistet 'eluviis', kuid liitmõistena kasutatakse ka eesti keeles tervisekäitumisega seoses pigem mõistet 'elustiil', näiteks 'elustiili nõustamine'. (Kööp 2013b.) Seetõttu on käesolevas uurimistöös valitud mõiste 'elustiil'.

Elustiili nõustamine (*lifestyle counseling*) hõlmab meetodeid, mis aitavad inimesel saavutada tasakaalu erinevate eluaspektide (enesehooldus, töö, puhkus, vaba aeg) vahel, et vähendada stressi, parandada elukvaliteeti, arendada oma potentsiaali ja saavutada isiklike eesmärgid (Brooker jt 2002). Elustiili nõustamine aitab patsientidel ellu viia enesejuhitud õppeprotsessi, jagades toetust ja pakkudes võimalusi hindamiseks ja peegeldamiseks; vestluse peamine fookus peab olema patsientide kogemustel ja mõtetel (Kettunen jt 2006). Elustiili nõustamine võib vähendada haigestumust ja suremust südame-veresoonkonnahaigustesse ja diabeeti; elustiili nõustamist tuleb pakkuda inimestele, kellel on potentsiaalselt tervistkahjustav eluviis (Carlfjord jt 2012).

„**Esmatasandi tervishoid** (*primary health care*) on iga inimese terviseprobleeme lahendav töö-, kooli- ja elukohajärgselt kättesaadav esmavajalike ambulatoorsete teenuste kogum, mis toimib tihedas koostöös teiste tervishoiuteenuste ja sotsiaalhoolekande ning haridussüsteemidega. Esmatasandi tervishoiu teenused on perearsti ja –õde teenused, kodune õendusabi teenus, füsioteraapia teenus, ämmaemandusabi teenus, koolitervishoiu teenus, apteegi teenus, töötervishoiu teenus, hambaravi teenus, vaimse tervise õde teenus.“ (Esmatasandi tervishoiu arengukava 2009-2015.) Käesolev uurimistöö keskendub elustiili nõustamisele perearstikeskustes. Kuna perearstikeskustes viivad elustiili nõustamist läbi nii pereõed kui perearstid, uuritakse nõustamist olenemata selle läbiviijast. Fleming ja Godwin (2008) väidavad, et nõustamise tulemuslikkuse seisukohalt ei ole vahet, kas seda viib läbi arst või õde. Van Dillen ja Hiddink (2014) lisavad, et õdede roll elustiili nõustamisel krooniliste haigustega toimetulekuks omab järjest suurenevat osakaalu. **Perearstikeskust** ei ole mõistena defineeritud, kuid Tervisehoiuteenuste korraldamise seaduse (2001: §9) põhjal „perearsti tegevuskoht on koht, kus asuvad perearsti ruumid ning kus perearst osutab üldarstiabi.“ „Üldarstiabi on ambulatoorne tervishoiuteenus, mida osutavad perearst ja temaga koos töötavad tervishoiutöötajad“ (Tervisehoiuteenuste korraldamise... 2001: §7).

Eestis tegelevad mittenakkuslike haiguste ennetamisega esmatasandi tervishoiu spetsialistid, hinnates riskitegureid ja nõustades patsiente antud teemadel. Esmatasandi tervishoiu spetsialistena on Eestis läbi viidud uuringu kontekstis mõistetud perearste ja pereõdesid, töötervishoiuarste ja -õdesid ning koolitervishoiutöötajaid. Kõige rohkem jagatakse nõuandeid toitumise, füüsilise aktiivsuse, kehakaalu ja suitsetamise teemal, mida teeb 85-90% esmatasandi tervishoiu spetsialistidest. Nõuandmist kasutati oluliselt rohkem kui küsimist, hindamist, juhendamist ja suunamist. Põhjused, mis raskendavad igapäevatööd haiguste ennetamises ja tervise edendamises, on Eesti esmatasandi tervishoiu spetsialistide (83,3% perearstidest, 67,2% pereõdedest) arvates patsientide vähene teadlikkus oma terviseseisundist ja võimalustest ennetada ja vähendada riskitegureid. Raskustena haiguste ennetamise alaste tegevuste läbiviimisel olid nimetatud ka suur töökoormus ja ebapiisav tasustamine. Peaaegu 100% uurimuses osalenud Eesti esmatasandi tervishoiu spetsialistidest pidasid oma elustiili muutmise nõustamise alaseid teadmisi ja oskusi üsna heaks. Ainult 50% spetsialistidest tundsid, et vajasis täiendavat koolitust nendes valdkondades, kusjuures pereõdedest 66% soovis lisakoolitust toitumisalal ning 68% füüsilise aktiivsusega seoses. (Pertel jt 2010.)

Eksin jt (2012) uurimistööst selgus, et patsiendid soovivad oma tervise kohta perearstilt ja -õelt rohkem infot, sealhulgas ka nõustamist elustiili alal ning patsiendikeskset lähenemist. Nii Tõemets (2008) kui Gering (2012) töid välja, et pereõde töös peaks tervisedendusel ja nõustamisel olema suurem osakaal, kuid ennetustegevuseks jääb vähe aega ja ei jõuta sellega piisavalt tegeleda. Pechter jt (2012) uuringu põhjal nõustatakse patsientide arvates füüsilise aktiivsuse osas rohkem vanemaid, ülekaalulisi ja kroonilisi haigusi põdevaid patsiente. Üldine füüsilise aktiivsuse nõustamissagedus on madal – 34% patsientidest vastas, et neid on nõustatud füüsilise aktiivsuse osas ja 23% oleks soovinud liikumisalast nõustamist. Suija jt (2010) andmetel väidavad aga üle 94% perearstidest, et nad nõustavad krooniliste haigustega patsiente füüsilise aktiivsuse teemal ning peavad seda elustiili nõustamise kõige olulisemaks valdkonnaks.

Patsiendid peavad elustiili muutmises esmatasandi tervishoiu spetsialisti rolli oluliseks, uskudes, et tervishoiuspetsialisti abiga on elustiili muutmise võimalik. See nõuab aga spetsialistilt sügavat mõistmist ja häid nõustamisoskusi, et julgustada patsiente enesetõhususe suurendamisel ja toetada enesejuhtimiseks motivatsiooni leidmisel. (Pilv jt 2012.) Patsientide soovimatus muutuda võib olla tervishoiutöötajatele frustreriv ja nad võivad jätta elustiili nõustamise hooletusse seda mõttetuks pidades (Jallinoja jt 2007). Takistuseks on osutunud asjaolu, et õdede nägemus patsiendi probleemist ei pruugi ühtida patsiendi tegeliku probleemiga. Seda dilemmat võib vähendada, kui detailselt läbi rääkida patsientide nõustamisvajadused. Et kindlustada patsiendikeskne elustiili nõustamine, peab patsientidele andma rohkem võimalusi muutustejuttu

algatada, et patsient leiaks üles olemasolevad ressursid, mis teda toetavad. (Kettunen jt 2006.) Selline patsiendikeskne nõustamisviis on motiveeriv intervjuu, mida kasutatakse tervishoius patsiendi tervisekäitumises positiivse muutuse saavutamiseks, kusjuures muutuste tegemiseks tuleb esile kutsuda patsiendis endas peituv motivatsioon (Miller ja Rollnick 1991: 52, Rollnick jt 2011: 11).

Lambe jt (2008) sõnul on info jagamine ja õpetamine peamised meetodid elustiili nõustamisel. Poskiparta jt (2006) lisavad, et oleks vaja efektiivsemaid meetodeid, mis tõhustaks käitumise muutumisele suunatud diskussioone. Hörnsten jt (2014) väidavad, et elustiili nõustamisel kasutatakse sageli õekeskseid meetodeid, mis eeldavad patsiendi järelandlikkust. Sellised traditsioonilised lähenemised ei ole aga ajakohased ning eelistama peaks patsiendikeskseid meetodeid. Sargeant jt (2008), Brobeck jt (2014) ning Wermeling jt (2014) leiavad, et motiveeriv intervjuu võiks olla sobiv meetod elustiili nõustamisel kasutamiseks. Motiveeriv intervjuu on tõenduspõhine ja efektiivne nõustamistehnika, mis aitab patsientidel ületada ambivalentsust ja vastupanu muutustele ning kujundada seeläbi käitumise muutust (Nes ja Sawatzky 2010). See meetod paneb vastutuse muutuse ees patsiendile, selleks tuleb nõustajal patsiendi autonoomiat austada ja tema otsuseid aktsepteerida (Nes ja Sawatzky 2010, Brobeck jt 2011). Jansink jt (2009) rõhutavad, et üksnes motiveeriva intervjuu õpetamine ei ole piisav, tulemusliku nõustamise jaoks on vajalik meetod integreerida rakendusprogrammidesse.

Jansink jt (2010) hinnangul oli patsientidel õdede arvates vähe teadmisi tervislikust elustiilist ja piiratud sisekaemus oma käitumise osas, neil oli vähe motivatsiooni elustiili muutmiseks ja puudus distsipliin säilitada saavutatud elustiil. Õdedel oli raskusi patsiendi muutuse astme määramisega ning neil olid liiga kõrged ootused patsientide elustiili muutuse osas. Carlford jt (2012) sõnul on õdede arvates efektiivse elustiili nõustamise eelduseks motiveeritud patsient, kuid motivatsiooni võib mõjutada tervishoiutöötaja. Õed toovad takistusena välja, et suure töökoormuse tõttu jääb vähem aega elustiili küsimustega tegelemiseks, samas on õed enesekindlad oma nõustamisoskustes. Parker jt (2010) väidavad, et esineb vastuolu tervishoiuspetsialistide tegelikus ja tajutud elustiili mõjutamise teadmistes. Murelikuks teeb see seetõttu, et nad annavad oma teadmised edasi patsientidele ning on kaheldav, kas see on ikka patsientidele kasulik. Jallinoja jt (2007) väitel hindavad väiksemate kogemustega õed oma nõustamisoskusi paremateks kui kogenud õed, põhjuseks võivad siin olla muutused õdede õppekavas. Ka Parker jt (2010) andmetel on õendustudengitel sageli paremad nõustamisoskused kui õdedel, seetõttu on oluline viia elustiili nõustamise õpetus sisse mitte ainult õdede õppekavasse, aga ka praktiseerivate õdede täiendkoolitusprogrammidesse.

3. METOODIKA

3.1 Uurimistöö metodoloogilised lähtekohad

Kvalitatiivses uurimistöös kasutatakse sageli fenomenoloogilist lähenemisviisi. Fenomenoloogia on nii filosoofia kui uurimismeetod (Burns ja Grove 2001: 65, Morse ja Field 2006: 20). Fenomenoloogilise meetodi eesmärk on põhjalikult kirjeldada uuritavat nähtust uuritavate läbielatud kogemuste mõistmise läbi, milles uurija ja uuritav on sügavas vestluses võrdsed partnerid (Burns ja Grove 2001: 66, Morse ja Field 2006: 20). Fenomenoloogiline uurimus on efektiivne metodoloogia avastamiseks läbielatud kogemuse tähendust näiteks terviseteemal või kroonilise haigusega toimetulekul ning on seetõttu leidnud rakendust õenduslastes uurimistöodes (Burns ja Grove 2001: 31, Earle 2010).

Käesolev uurimistöö on kvalitatiivne, empiiriline ja kirjeldav. Kvalitatiivset uurimismeetodit kasutatakse inimeste kogemuste kirjeldamisel ja neile tähenduse andmisel (Burns ja Grove 2001: 61). Kvalitatiivne uurimismeetod kirjeldab uuritavat nähtust teemaga seotud inimeste vaatenurgast (Morse ja Field 2006: 8). Meetod sobib kasutamiseks, kui uuritava nähtuse kohta on varasemast vähe teavet ja ka tundlike teemade puhul (Elo ja Kyngäs 2008). Käesolev uurimistöö kirjeldab patsientide kogemusi ja vajadusi, mida uuritakse patsientide vaatenurgast. Uurimistöö teadusliku tausta kirjanduse otsingut teostades selgus, et patsientide kogemustest elustiili nõustamisest on oluliselt vähem teavet kui õdede kogemustest (Jansink jt 2010, Nes ja Sawatsky 2010, Carlford jt 2012) ning nõustamisalaste kogemuste jagamine võib olla patsientide jaoks delikaatne teema, seega sobib valitud uurimismeetod antud uurimistöös kasutamiseks. Käesolev uurimistöö põhineb fenomenoloogilisel lähenemisviisil ja kvalitatiivsel kirjeldaval uurimismeetodil, andmed on kogutud poolstruktureeritud intervjuu abil ja analüüsitud kvalitatiivse induktiivse sisuanalüüsi meetodil.

3.2 Uuritavad

Kvalitatiivses uurimistöös tuleb uuritavate valikul arvestada kriteeriumitega nagu asjakohasus – uuritavatel peab olema piisavalt informatsiooni teema kohta; adekvaatsus – uuritavad peavad olema võimelised infot edastama; vabatahtlikkus – uuritavad peavad ise tahtma uurimuses osaleda (Morse ja Field 2006: 9, 65-66, DiCicco-Bloom ja Crabtree 2006, Turner 2010). Käesolevasse uurimistöösse valiti uuritavateks patsiendid, kellel on kogemusi elustiili nõustamisega perearstikeskustes. 2006. aastast on Eestis arendatud Perearstide kvaliteedisüsteemi, kus on muuhulgas kvaliteediindikaatoriteks pereõe nõustav vastuvõtt

patsientidele, kes põevad teist tüüpi diabeeti ja hüpertooniatõbe ning südame-veresoonkonnahaiguste riskigrupi patsientidele, kelle SCORE (*systematic coronary evaluation system*) risk on üle 5% (lisa 1), mis oli aluseks uuritavate valikule (Eesti Haigekassa... 2006, Perearsti kvaliteedisüsteemi... 2015).

Uuritavad valiti Tallinna ning Harjumaa perearstikeskuste patsientide hulgast, kuna Tallinn ja Harjumaa on arvukaima elanikkonnaga piirkond Eestis, kus on ka suurim arv perearstinimistuid – 2.03.2016 seisuga oli Eestis 798 perearstinimistut, neist 267 Tallinnas ja 73 Harjumaal (Perearstide nimistud...2016). Perearstikeskuste valiku aluseks oli eesmärk saavutada võimalikult mitmekesiseid uurimistulemusi, selleks võttis uurija kõigepealt ühendust ühe Tallinna suurema perearstikeskusega ja ühe Harjumaa väiksema perearstikeskusega, tutvustati uurimistöö projekti ja taotleti luba, et seal uurimistööd läbi viia. Tallinnas saadi nõusolek esimesest perearstikeskusest, kuid Harjumaal kaks perearstikeskust keeldusid uurimistöös osalemisest, ühes perearstikeskuses toodi põhjenduseks, et elustiili nõustamiseks puudub ajaressurss ja nõustamisi ei dokumenteerita, teises kohas põhjendati keeldumist õdede suure töökoormusega. Nõusolek saadi kolmandast Harjumaa perearstikeskusest, mis asus Tallinnale lähedal.

Valimi representatiivsuse tagamiseks valiti uuritavateks võimalikult erineva taustaga patsiente – nii linna- kui maaelanikke, erinevast vanusest ja soost inimesi. Erinevate kogemuste peegeldamiseks valiti uuritavateks nii ebatervislikust elustiilist tingitud kroonilisi haigusi (teist tüüpi diabeet, hüpertooniatõbi) põdevad patsiendid kui suure südame-veresoonkonnahaiguste riskiga (SCORE \geq 5%) patsiendid, kellel ei ole diagnoositud südame-veresoonkonnahaigusi ega diabeeti. Uuritavate valiku kriteeriumiteks olid lisaks eelnevale kogemus nõustamisteenuse osutamisega, eesti keele valdamine ja vanus üle 18 aasta.

Uuritavate leidmiseks tegi uurija koostööd valitud perearstikeskustega, selleks edastasid perearstikeskuste juhatajad uurijale teist tüüpi diabeeti ja hüpertooniatõbe põdevate patsientide nimekirjad, kellele on osutatud kvaliteedisüsteemis ette nähtud nõustamisteenust. Suure südame-veresoonkonnahaiguste riskiga (SCORE \geq 5%) patsientide leidmiseks kasutati ühe perearstikeskuse juhataja abi, kes hindas sobivaid uuritavaid SCORE riskitabeli abil. Potentsiaalsete uuritavatega võttis uurija individuaalselt ühendust telefoni teel, kus lepiti kokku kohtumine intervjuu läbiviimiseks ning selgitati uurimistöö olemust ja eesmärki. Kokku võttis uurija ühendust 23 patsiendiga, intervjuuerimisest keeldus kaheksa patsienti, põhjustena toodi välja töötaja mitesobivust perearstikeskuse lahtiolekuajaga, terviseprobleeme ja suvel Tallinnast eemal viibimist. Kolm patsienti keeldusid kohe, kolmel juhul lubas patsient ise tagasi helistada,

kuid ei teinud seda ja korduvalt helistamisele enam ei vastanud. Kaks patsienti olid nõus uurimistöös osalema ja oli kokku lepitud ka aeg intervjuu läbiviimiseks, kuid nad siiski loobusid, põhjendades ühel juhul töökoormusega, teisel juhul „sooviga mitte midagi muuta“.

Uurimistöös osales kokku 15 uuritavat, neist 7 (46,7%) meest ja 8 (53,3%) naist. Noorim uuritavatest oli 38-aastane, vanim 83-aastane. Uuritavate keskmine vanus oli 62,6 aastat. Uurimistöös osalenutest oli 6 (40%) Tallinna elanikku ja 9 (60%) Harjumaa elanikku. II tüüpi diabeedi diagnoosiga oli 9 uuritavat, hüpertooniatõve diagnoosiga oli 4 uuritavat ja suure südameveresoonkonnahaiguste riskiga ($\text{SCORE} \geq 5\%$) oli kaks uuritavat, kellel oli kõrgeenenud üldkolesterooli tase ja kes suitsetasid.

3.3 Andmete kogumine

Käesolevas uurimistöös koguti andmeid poolstruktureeritud intervjuu abil. Kvalitatiivses uurimistöös kasutatakse andmete kogumisel sageli intervjuud, mis võimaldab saada sügavat informatsiooni osalejate kogemustest uuritava teema kohta (Boyce ja Neale 2006, DiCicco-Bloom ja Crabtree 2006, Turner 2010). Poolstruktureeritud intervjuu puhul saavad olulised teemad kaetud kõigi vastajate puhul (Turner 2010) ning meetod võimaldab koguda detailsemat informatsiooni vabamas atmosfääris (Boyce ja Neale 2006).

DiCicco-Bloom ja Crabtree (2006) ning Turner (2010) soovivad intervjuude ettevalmistamisel teha prooviintervjuu, et teha kindlaks võimalikke vigu ja piiranguid ning teha vajalikke parandusi küsimustes. Prooviintervjuu viis uurija läbi enne andmete kogumist Tallinna perearstikeskuse patsiendiga ning see oli intervjuueeritavale vabatahtlik. Prooviintervjuu õnnestus ja intervjuu küsimustes selle järgselt muudatusi ei tehtud, seega kaasati ka prooviintervjuu andmebaasi. Turner (2010) peab oluliseks, et intervjuude läbiviimiseks valitaks koht, kus ei oleks segavaid faktoreid, selgitataks uuritavatele intervjuu eesmärki ja konfidentsiaalsust, vabatahtlikkust ja nõusoleku tagasivõtmise võimalust, intervjuu formaati ja kestvust, küsimuste esitamise ja hilisema kontakteerumise võimalust. Sissejuhatavas vestluses käsitleti kõiki eelnimetatud aspekte ning seejärel allkirjastati informeeritud nõusoleku vorm (lisa 2) kahes eksemplaris, millest üks jäi uuritavale ja teine uurijale. Intervjuud viidi läbi üksikhaaval ja uuritavatel ei olnud omavahel kokkupuudet. Turner (2010) rõhutab ka seda, et ei loodetaks enda mälule, vaid intervjuu salvestataks ja tehtaks märkmeid. Kõik intervjuud salvestas uurija diktofoniga, transkribeeris esimesel võimalusel ja kodeeris uurijale teadaolevate koodidega. Märkmetesse märkis uurija uuritava emotsioonid (naerab) ja häirivad faktorid (telefonihelin), et anda paremini edasi uuritava tundeid ja emotsionaalsust ning märgata võimalikke uuritavate

mõttekäigu katkestajaid.

Uuritavate leidmine ja andmete kogumine viidi läbi ajavahemikus mai 2015 – september 2015, andmete kogumise kohaks valiti uuritavale sobiv asukoht – enamasti osutus selleks perearstikeskus, kahel korral viidi intervjuu uuritava soovil läbi uuritava kodus. Intervjuude läbiviimise ajal olid uurija ja intervjuueeritav kahekesi, välja arvatud ühe koduintervjuu ajal, kus viibis uuritava 2-aastane laps, kes intervjuu läbiviimist ei seganud. Perearstikeskuses sisenes kahel korral hetkeks ruumi õde vajalike tarvikute võtmiseks, kuid see ei seganud intervjuu käiku. Esialgselt planeeriti läbi viia võrdne arv intervjuusid Tallinna ja Harjumaa perearstikeskustes, kuid kuna intervjuude tegemise aeg langes suveperioodile, siis paljud uuritavateks sobivad Tallinna patsiendid olid linnast ära. Seega viis uurija läbi suvel 4 intervjuud Tallinnas ja 7 intervjuud Harjumaal kroonilisi haigusi (teist tüüpi diabeet, hüpertooniatõbi) põdevate patsientidega, mille järgselt hakkas andmebaas küllastuma – teemad hakkasid korduma ja täiesti uusi teemasid enam esile ei kerkinud. Seejärel tegi uurija kaks intervjuud Harjumaal suure südame-veresoonkonnahaiguste riskiga ($\text{SCORE} \geq 5\%$) patsientidega, mis samuti uut informatsiooni ei andnud. Septembris tegi uurija veel kaks intervjuud Tallinnas kroonilisi haigusi (teist tüüpi diabeet, hüpertooniatõbi) põdevate patsientidega, millest uusi teemasid ei kerkinud, kuid täpsustus olemasolev info.

Kvalitatiivse uurimistöö puhul ei ole eelnevalt täpselt teada uuritavate arv, vaid uuritakse teoreetilise küllastatuse saavutamiseni ja kui enam uurimistöö eesmärgile vastavat uut teavet ei lisandu, siis on andmestik küllastatud ning uuritavate arv piisav (Boyce ja Neale 2006, Morse ja Field 2006: 65). 15 intervjuu läbiviimise järgselt enam uut teavet ei lisandunud ning oli moodustunud küllastunud andmebaas. Läbiviidud intervjuude keskmine pikkus oli 47 minutit, lühim intervjuu kestis 27 minutit ja pikim intervjuu kestis 1 tund ja 13 minutit. Uuritav materjal käesolevas uurimistöös on patsientidega läbi viidud intervjuude transkriptsioonid.

3.4 Andmete analüüs

Kvalitatiivse uurimismeetodi puhul toimub samaaegne andmete kogumine ja analüüsimine. See tähendab, et intervjuud transkribeeritakse ja analüüsitakse peale intervjuud esimesel võimalusel (Morse ja Field 2006: 64). Kvalitatiivsete andmete analüüsimiseks on erinevaid võimalusi, sageli kasutatakse sisuanalüüsi, mis võib olla nii induktiivne kui deduktiivne. Induktiivset sisuanalüüsi kasutatakse, kui nähtuse kohta puudub eelnev teaduslik teave või see on fragmenteeritud. Sisuanalüüsi tulemuseks on nähtust kirjeldavad kategooriad, induktiivse sisuanalüüsi puhul liigutakse spetsiifiliselt üldisele. (Elo ja Kyngäs 2008.) Käesolevas uurimistöös kasutati

induktiivset sisuanalüüsi, kuna uuritava nähtuse kohta oli varasemast vähe teavet.

Andmete analüüsi ettevalmistavas faasis loetakse kogu intervjuu tekst korduvalt läbi ning valitakse analüüsitav ühik, milleks on mõttetervik - sõnad, lause või teema. Induktiivse sisuanalüüsi puhul järgneb kvalitatiivsete andmete organiseerimine, see protsess sisaldab avatud kodeerimist, kategooriate loomist ja abstraherimist. Alakategooriad grupeeritakse ülakategooriateks ja need omakorda peakategooriaks. (Elo ja Kyngäs 2008.) Andmete analüüsimise protsessiga tegi uurija algust kohe peale esimese intervjuu läbiviimist.

Lindistatud intervjuud kirjutas uurija vahetult pärast intervjuud sõna-sõnalt ümber ning salvestas Wordi failina. Seejärel printis uurija materjalid välja ning tähistas piirkonna ja järjekorranumbriga (näiteks T1 – Tallinnas tehtud esimene intervjuu, H2 – Harjumaal tehtud teine intervjuu). Uurija luges kogu intervjuu teksti korduvalt põhjalikult läbi ning uurimisküsimustele vastavad mõttetervikud joonis alla. Seejärel tähistatud mõttetervikud lihtsustati ja sarnased lihtsustatud väljendid rühmitati, mille alusel moodustasid substantiivsed koodid. Sarnased substantiivsed koodid omakorda moodustasid alakategooria. Seejärel loeti veel uuesti läbi kogu intervjuu, et veenduda, kas kõik uurimisküsimustele vastavad mõttetervikud on kaasatud ja sobivad antud alakategooriasse. Viimane etapp oli abstraherimine, mille tulemusena grupeeriti alakategooriad ülakategooriatesse, mis omakorda koondusid peakategooria alla. Kategooriate moodustumise protsess on välja toodud tabelis 1.

Tabel 1. Kategooriate moodustumise protsess

Mõttetervik andmebaasist	Substantiivsed koodid	Alakategooriad	Üla-kategooriad	Pea-kategooria
„...sõbralikud on nad minu meelest kogu aeg.“ „...see inimene ise oli nagu hästi soe ja sõbralik.“	Sõbralikkus	Kogemused nõustaja isiksusega	Nõustajaga seotud kogemused	Kogemused seoses elustiili nõustamisega
„...arstid on hästi niimoodi ja õed, on nii tähelepanelikud ja ...“	Tähelepanelikkus			
„Ma arvan, et see ongi põhiline olnud, et on just leitud alati see, et mis on vaja muuta.“	Vajaduspõhine nõustamine	Kogemused nõustaja professionaalsusega		
„...need nõustajad on väga kasulikud ja nad oskavad väga hästi rääkida ja oskavad sulle nõu anda...“	Oskuslik rääkimine			

Vastavalt uurimisküsimustele kerkisid esile kaks põhilist teemat – patsientide kogemused seoses elustiili nõustamisega ja patsientide vajadused seoses elustiili nõustamisega. Vajadused hõlmasid ka soove, mida võib käsitleda tunnetatud vajadustena ning ootusi vajaduste rahuldamiseks. Mõnel juhul oli keeruline eristada, kas tegemist oli kogemuse või vajadusega, näiteks „aktsepteerimine“ – patsiendid olid kogenud, et neid aktsepteeritakse ja samas nad ka vajasisid

aktsepteerimist. Sel juhul võttis uurija aluseks, et kogemused käsitlevad minevikus toimunud sündmusi ning vajadused on tulevikku suunatud.

3.5 Uurimistöö usaldusväarsus

Uurimistöö eetiliseks läbiviimiseks taotles uurija nõusoleku Tartu Ülikooli Inimuuringute Eetika Komiteelt (lisa 3). Uuritavatel paluti allkirjastada kahes eksemplaris informeeritud nõusoleku vorm (lisa 2), milles selgitati uurimistöö olemust ja eesmärki ning teavitati et uurimistöös osalemine on vabatahtlik ja anonüümne ning soovi korral võib osalemisest loobuda.

Poolstruktureeritud intervjuu küsimused koostas töö autor (lisa 4), tuginedes sarnastel teemadel teostatud uurimistöödele, kus oli samuti andmeid kogutud poolstruktureeritud intervjuu abil (Brown jt 2006, Jansink jt 2010, Walseth jt 2011). Küsimused peavad olema avatud, neutraalsed, julgustavad ja selgelt sõnastatud (Boyce ja Neale 2006, DiCicco-Bloom ja Crabtree 2006, Turner 2010), mis võimaldaks koguda maksimaalselt andmeid uuritavate kogemustest. 15 intervjuu läbiviimise järgselt enam uut teavet ei lisandunud ning oli moodustunud küllastunud andmebaas.

Usaldusväarsuse tagamiseks on uurija kirjeldanud analüüsi protsessi ja tulemuste esitamist võimalikult detailselt, et lugejal oleks selge arusaam, kuidas analüüs läbi viidi ja millised olid selle tugevused ja nõrkused. Uurimistöö usaldusväarsuse kvalitatiivses uurimistöös tagab demonstreeritud side andmebaasi ja tulemuste vahel, mida võib esile tõsta autentsete tsitaatidega andmestikust, samas arvestades, et nende põhjal uuritav ei oleks identifitseeritav. (Elo ja Kyngäs 2008.) Uurimistöös ei ole kasutatud uuritavate nimesid, vaid ainult uurijale teadaolevaid koode. Tsitaatide esitamisel andmestikust on uurija jälginud, et seal ei oleks inimeste ega kohanimed, et uuritavad ei oleks tsitaatide põhjal äratuntavad. Tulemuste illustreerimiseks on esitatud osalejate tsitaadid iga alakategooria kohta, iga tsitaat on identifitseeritud koodiga (T1 – Tallinna 1. intervjuu, H2 – Harjumaa 2. intervjuu). Tsitaatide esitamisel on tekstist eemaldatud nimed, tähistusega (nimi) ja teemasse mittepuutuv tekst, tähistusega /.../, emotsioonid on väljendatud sulgudes (naerab), samuti pikemad pausid (...). Kategooriate usaldusväarsuse tagamiseks pöördus uurija tagasi algandmete juurde ning luges kogu intervjuu korduvalt läbi, et tagada kõikide uurimisteemale vastavate mõttetervikute sisaldumine kategooriates. Sisemise valiidsuse hindamiseks palutakse juhendajal ja uuritavatel hinnata kategooriate sobivust. Oluline on pidada mees uurimistöö eesmärki ja ülesandeid, et analüüsitaks ainult teemakohaseid ühikuid. (Elo ja Kyngäs 2008.) Andmete analüüsimise käigus toimusid regulaarsed kohtumised juhendajaga, mille käigus arutati substantiivsete koodide sõnastust ja sobivust kategooriatesse. Kategooriaid tutvustati ühele õendusala spetsialistile, et hinnata nende arusaadavust ja loogilisust.

Graneheim ja Lundman (2004) peavad oluliseks kvalitatiivse uurimistöö usaldusväärsuse hindamiseks mitte kasutada kvantitatiivses traditsioonis tuntud valiidsust, reliaablust ja üldistatavust, vaid pigem kvalitatiivse uurimistöö usaldusväärsust iseloomustavat usutavust (*credibility*), töökindlust (*dependability*) ja ülekantavust (*transferability*). Usutavus tegeleb uurimistöö fookusega ehk kuivõrd andmed ja analüüsi protsess vastavad uurimistöö eesmärgile ning kuivõrd kategooriad katavad andmestikku. Liiga suur ühik, näiteks mitu lõiku või liiga väike, näiteks üks sõna võib põhjustada fragmenteerumist ja mõtte kaotamist. Usutavuse tagamiseks valitakse sobiliku pikkusega analüüsitav ühik. Töökindlust aitab tagada andmete kogumise seesmine kooskõla, töökindluse tagamiseks jälgitakse, et andmete kogumise periood ei oleks liiga pikk ja kõik osalejad vastaksid samadele teemavaldkondadele. Ülekantavus näitab, kuivõrd on võimalik uurimistöö tulemusi üle kanda teistele situatsioonidele või gruppidele. Uuriija on teadlik, et kvalitatiivse uurimistöö tulemusi ei saa üldistada populatsioonile, kuid ülekantavuse tagamiseks esitatakse uurimistöös täpne konteksti ja uuritavate valiku ning andmete kogumise ja analüüsi kirjeldus ning rikas ja ilmikas tulemuste esitlemine koos asjakohaste tsitaatidega.

Kvalitatiivsetele uurimistöödele on sageli ette heidetud teatud subjektiivsust, mis võib olla tingitud nii uurijast, aga ka tõendusmaterjali kvaliteedist või uurimisteema subjektiivsusest (Morse ja Field 2006: 116). Subjektiivsuse vältimiseks püüdis uurija vältida uuritavate suunamist isiklike mõtete ja kehakeele abil. Selleks jälgis uurija ennast kriitiliselt kogu protsessi jooksul ning intervjuu käigus märkmeid tehes eristas, millised on uuritava mõtted ja millised uurija omad. Uuriija kasutas peegeldamise tehnikat, et tagada, kas uuritavast saadi õigesti aru. Selleks sõnastas uurija uuritava mõtte teiste sõnadega ja peegeldas seda uuritavale. Lisati ka täpsustavaid küsimusi: „Kas ma sain õigesti aru, et Te väidate...“, „Parandage mind, kui ma eksin...“, et välistada võimalik vääritimõistmine ja subjektiivne tõlgendus. Uurimistöös välditakse plagiaati, mis on teiste autorite ideede esitlemine enda omana (Burns ja Grove 2001: 216). Kõik uurimistöös kasutatud teiste autorite allikad on viidatud tekstis ja toodud välja kasutatud kirjanduse loetelus tähestikulises järjekorras. Intervjuude salvestised, nende transkriptsioonid uurija personaalarvutis ja paberkandjatel on säilitatud ainult uurijale teadaolevas ja ligipääsetavas kohas. Salvestised ja dokumendid kustutatakse ning paberkandjal andmed hävitatakse paberihundis magistritöö kaitsmise järgselt.

4. TULEMUSED

4.1 Patsientide kogemused seoses elustiili nõustamisega

Peakategooria „Patsientide kogemused seoses elustiili nõustamisega“ moodustus teemakohastest substantiivsetest koodidest, mis koondusid 10 alakategooriasse ja need omakorda kolme ülakategooriasse, mis käsitlesid kogemusi nõustajaga, nõustatavaga ja nõustamisprotsessiga. Patsientide kogemusi seoses elustiili nõustamisega selgitab tabel 2.

Tabel 2. Patsientide kogemused seoses elustiili nõustamisega

Alakategooriad	Ülakategooriad	Peakategooria
Kogemused nõustaja isiksusega	Nõustajaga seotud kogemused	Patsientide kogemused seoses elustiili nõustamisega
Kogemused nõustaja professionaalsusega		
Isikliku vastutusega seotud kogemused	Nõustatavaga seotud kogemused	
Tunnetega seotud kogemused		
Motivatsiooniga seotud kogemused		
Takistustega seotud kogemused		
Kogemused nõustamise korraldusega		
Kogemused nõustamise teemadega		
Kogemused nõustamise tulemuslikkusega		
Kogemused ebatõhusate soovitudustega		

4.1.1 Nõustajaga seotud kogemused

Ülakategooria „Nõustajaga seotud kogemused“ moodustub kahest alakategooriast - kogemused nõustaja isiksusega ja kogemused nõustaja professionaalsusega (tabel 3).

Tabel 3. Nõustajaga seotud kogemusi iseloomustavad substantiivsed koodid ja neist moodustunud alakategooriad

Substantiivsed koodid	Alakategooriad	Ülakategooria
Sõbralikkus Tähelepanelikkus Sümpaatia Vastutulelikkus Omavaheline sobivus Inimlikkus Tuttav inimene Abivalmidus Aktsepteerimine Julgustamine Toetamine Autoriteetsus	Kogemused nõustaja isiksusega	Nõustajaga seotud kogemused
Vajaduspõhine nõustamine Oskuslik rääkimine Spetsialist, kes teab Leiab aega patsiendi jaoks Valikuvõimaluse andmine Ei ole eriti nõustatud Ei süveneta Ei ole osatud motiveerida	Kogemused nõustaja professionaalsusega	

Nõustaja isiksusega seotud kogemusi kirjeldav alakategooria moodustus 12 substantiivsest koodist. Patsiendid olid kogenud, et nõustajad on sõbralikud, tähelepanelikud, sümpaatsed ja vastutulelikud. Enamus uuritavaid tõi välja, et õed ja arstid on toredad ja head, kelle juurde tahad kohe tulla.

„...on vastutulelikud ja sõbralikud on nad minu meelest kogu aeg.“ (H2)

„...kes mulle jubedalt või kohutavalt meeldis, hästi tore oli see õde /nimi/ ... see inimene ise oli nagu hästi soe ja sõbralik.“ (T2)

„...arstid on hästi niimoodi ja õed, on nii tähelepanelikud ja kuulavad sind ära...“ (H2)

Patsiendid olid kogenud, et nõustamisel on oluline inimeste omavaheline sobivus ja inimlikkus. Peeti positiivseks, kui nõustaja on tuttav inimene, mis aitab kaasa vabama õhkkonna loomisele.

„No just see, et see on nii lihtne, inimlik, ta räägib lihtsalt... ta räägib inimlikult, lihtsalt. /.../ Noh, me oleme nagu head tuttavad, noh, sõbralikult lihtsalt. Või...või siis koguni sõbramehe moodi või... et ma ei tunne ennast siin nüüd krambis...“ (H5)

„...ta tunneb mind niivõrd kümneid aastaid juba /.../ kui oleks olnud täitsa võhivõõras tähendab arst või nõustaja ühesõnaga, kes ei tea, ei tunne inimese iseloomu, tema elustiili, missugune ta on, siis oleks kindlasti võib-olla hoopis teistmoodi olnud.“(T1)

Patsiendid olid kogenud, et nõustajad on abivalmid, julgustavad ja aktsepteerivad neid. Uuritavad väärtustasid seda, et nõustajad ei ole pealetükkivad ega halvustavad.

„See peab olema kohe hinges tal niimoodi, et ta peab kohe inimest aitama. /.../ Ja kui inimene näeb, et see arst tõsiselt tahab teda aidata, siis inimene hakkab ka, siis inimene avab ennast temale.“(T1)

„...siukest halvustavat suhtumist siin ei ole ... siin perearstikeskuses mul sellist kogemust ei ole /.../ ja kuskil ei ole öeldud mulle, et sa oled paks või sa oled inetu ja me sind näo järgi ei taha eksju. Kui mul on ikka häda, siis ma lähen ja olen selline, nagu ma olen.“ (H3)

Mõned patsiendid pidasid oluliseks, et nõustajad oleks toetavad, kuid samas autoriteetsed.

„No mis siis ikka muud kui peab mul silma peal selles mõttes, et ma väga tugeva iseloomuga inimene ei ole, ma võin alla vanduda oma hädadele, et kui ma siin ikka ära käin, siis ma saan ikka süsti, et...(naerab)...“pea joont, ära sa alla anna“, et see on niisuke kosutav, hea.“ (H5)

„Jah, toetada ja näpunäiteid jagada ja /.../ aga jah, patsient peab ikka tajuma seda ka, et teine on sul ikka arst, mitte ei ole niisugune... Aga eks see ole igal elualal nii. Kui sa lähed autoteenindusse ja hakkad kohe õpetama seal, et kuidas teha tuleb, siis....“ (T6)

Nõustaja professionaalsusega seotud kogemusi kirjeldav alakategooria moodustus 8 substantiivsest koodist. Patsiendid kogesid, et nõustamine vastas vajadusele ja nõustaja oskas hästi rääkida ja nõu anda.

„Ma arvan, et see ongi põhiline olnud, et on just leitud alati see, et mis on vaja muuta.“ (T1)

„Kui ma nii-öelda šoki seal sain, siis ta oskas su sellest nagu välja tuua. Et ega sellest veel maailma lõpp ei ole...et elu läheb edasi onju... et ta oskas oma tööd teha ilmselt.“ (T2)

„...need nõustajad on väga kasulikud ja nad oskavad väga hästi rääkida ja oskavad sulle nõu anda...“ (H3)

Mõned uuritavad leidsid, et nõustaja on spetsialist, keda saab usaldada, kes leiab aega patsiendi jaoks ja annab valikuvõimalusi. Nad olid seisukohal, et pigem usaldavad spetsialistilt saadud infot, kui hakkavad seda teatmeteostest ja internetist otsima, mis oleks keeruline.

„Tõepoolest spetsialist, kes teab /.../ ja...mina leian, et mitte teda usaldada oleks niisugune ...mõttetus. Las spetsialist teeb oma tööd, siis on kõik korras.“ (H4)

„...kui ma ikka siia tulen ja tal on minut aega, siis me saame selle minuti rääkida /.../ ma ei tea, minu jaoks ta on alati aega leidnud selle minuti või kaks.“ (H4)

„Ei tea, noh vaata, võib-olla minuga on see asi, et mul ei ole midagi niimoodi... niimoodi otseselt jäigalt peale surutud, et vot sa pead nüüd käima täpselt seda ...seda rada, et see oleks mulle vastu...vastu hakanud. Seda ei ole olnud. /.../ Valikuvõimalus on jäetud... seal, et niisugustes piirides sa pead nüüd liikuma ja siis see on nagu kõige turvalisem....“ (H4)

Samas olid mõned patsiendid kogenud ka seda, et neid ei ole eriti nõustatud ning mitmed uuritavad tõid välja, et ei ole süvenetud ega osatud motiveerida. Põhjustena toodi välja nii patsiendist kui nõustatavast lähtuvaid asjaolusid – mõned patsiendid on saanud infot mujalt ning väideti ka, et nõustamine on pinnapealne ja pealiskaudne, kuna on kiire ja ei jõuta süveneda inimesesse, vaid ainult ravitulemustele.

„...ma ei mäleta, kas ma sain selle info internetist, pereliikmelt, kuskilt mujalt või ma sain seda perearstikeskusest, kes seda enam teab /.../ ma arvan, ma ei ole saanud erilist nõustamist perearstide poolt.“ (T4)

„...see noh ma ütlen, et ega siis ei jõua ju keegi ju süveneda tegelikult, ma usun et ravisse jõutakse, aga inimesse... inimesega tegeleda, see ei ole võimalik /.../ ma ei tea, igatahes keegi ei ole osanud seda minu jaoks motivaatori nuppu üles leida ...siiamaani.“ (H8)

4.1.2 Nõustatavaga seotud kogemused

Ülakategooria „Nõustatavaga seotud kogemused“ moodustub neljast alakategooriast - isikliku vastutusega seotud kogemused, tunnetega seotud kogemused, motivatsiooniga seotud kogemused ja takistustega seotud kogemused (tabel 4).

Tabel 4. Nõustatavaga seotud kogemusi iseloomustavad substantiivsed koodid ja neist moodustunud alakategooriad.

Substantiivsed koodid	Alakategooriad	Ülakategooria
Peab ise muutma Peab ise tugev olema Peab laskma end aidata Ise otsustan Oma kogemusest õppimine Teadlik tagajärgedest Mure tervise pärast Eneseteadvustamine Iseseisev info otsimine	Isikliku vastutusega seotud kogemused	Nõustatavaga seotud kogemused
Häbitunne Lootus Kurbus Muutused on rasked Ükskõiksus Ebakindlus Kindlustunne Rahulolu Rahulolematus Leppimine olukorraga Valus on tõde kuulda Suhtun heatahtlikult	Tunnetega seotud kogemused	
Lähedaste tugi Rääkimise mõju Tagajärgede selgitamine Vajaduse leidmine Hea enesetunne Konkreetsete korralduste jagamine Püüdlikkus soovitusi täita Motiveerivad ilusad numbrid Motiveerib hirm süstervile mineku ees	Motivatsiooniga seotud kogemused	
Vabanduste otsimine Motivatsiooni puudus Järjepidevuse kadumine Regulaarsuse puudumine Prioritiseerimine Tervisega seotud takistused Majanduslike võimaluste puudumine Nõustamisvajaduse puudumine	Takistustega seotud kogemused	

Isikliku vastutusega seotud kogemusi kirjeldav alakategooria moodustus 9 substantiivsest koodist. Erinevaid aspekte isikliku vastutuse kogemisest kirjeldasid kõik uuritavad. Patsiendid kogesid, et on ise vastutavad elustiili muutmise eest ja peavad ise tugevad olema. Enamus uuritavaid tõdesid, et keegi teine ei saa seda nende eest teha.

„Inimene peab ise muidugi kaasa aitama, et muuta, ega teine ei saa inimese stiili muuta. Saab soovitada, aga inimene peab ikka ise muutma, see on ainukene võimalus ...“ (T1)

„...ma pean kogu aeg olema ise tugev ja võib-olla selle tõttu olen, et ma pean ise ennast toetama /.../ ühesõnaga niisukest otsest abi mul nüüd küll ei ole kuskil, ikka ise.“ (H5)

Mõned patsiendid tõdesid, et elustiilis muutuse tegemiseks on vaja see teema enda jaoks lahti mõtestada. Selleks, et patsienti saaks aidata, peab ta ise muutusteks valmis olema.

„Et just see elustiili nõustamine, praegu ma mõtlen seda, et kui ma siit ära lähen, ma vist pean tõesti hakkama oma elustiilile rohkem tähelepanu pöörama. Niuke mõte nagu on, et ma ei ole seda niimoodi lahti... lahti mõtestanud. Et...ma ei ole niimoodi nagu lahti lahanud seda teemat iseendas.“ (H6)

„Ja see, et sa ise oled valmis seda kuulama, sest kui sa ise ikka valmis ei ole, siis ta võib ükskõik mida ju rääkida seal. /.../ Nii et sa pead ise valmis olema, et see arst saaks sind aidata üldse. Sest kui sa ise valmis ei ole, onju, et siis tegelikult arst ei saagi sind aidata.“ (T2)

Mitmed patsiendid olid kogenud, et nõustaja annab küll soovitusi, kuid lõpliku otsuse teeb patsient ise ning õpib ka oma kogemustest.

„Küsimus on nagu rohkem selles, et kui palju see nõustamine nüüd seda inimese elustiili nüüd muudab lõpuks, et selle otsuse teeb ikka inimene ise lõpuks /.../ ei tasu üldse midagi nii pimesi uskuda, omal peab mingisugune analüüs käima ikka peas, et kas see on hea ja kas peaks nii tegema või peaks teisiti üldse tegema.“ (T4)

„...aga jah, ma olen selle ise läbi kogenud, et jälgid, et... sööd...vastu ööd ei...söö ennast umbselt täis onju ja käid kõndimas, sellest on abi, ma tean seda ju /.../ pigem ikkagi ma olen ise selle läbi teind ja ma tean, et see mõjub...“ (T2)

Enamus uuritavaid oli kogenud, et tänu nõustamisele on nad teadlikud ebatervisliku elustiili tagajärgedest ja olid mures oma tervise pärast. Patsiendid teadvustasid endale, et terviseprobleemid on ebatervisliku elustiili tagajärg ja tundsid vastutust elustiili muutmise eest.

„...ikka teadlik lähenemine asjale. Ikka see teadmine jah, et see võib väga halvasti lõppeda, kui midagi ei muuda. /.../ Et ma ise olen ennast haigeks ju... ju söönud ja teinud, et ma pean ise ikka sellest üle saama ja ise sellega tegelema.“ (T3)

„...ütleme ausalt, eks ma olen enda pärast ka mures, just selle ülekaalu pärast...“ (H3)

„...eks nähtavasti see, et mul selle südamega on jampsi olnud kogu aeg, see on nähtavasti selle tulemus, et ma ei ole seda elustiili pidanud enne tähendab. Kui oleks kogu aeg ennast jälginud põhjalikult, siis ei oleks kindlasti neid hädasid tulnud, mis tulid.“ (T1)

Patsiendid otsisid lisaks nõustamisel saadud informatsioonile sageli ka iseseisvalt lisainfot nii internetist kui raamatutest ja ajakirjadest. Kui mõned uuritavad eelistasid spetsialistilt infot saada, siis enamus otsis veel ise informatsiooni lisaks.

„No eks ma internetist olen, igasuguseid neid, noh kõike, mis ma diabeedi kohta olen /.../ jah internetist ka väga palju sain.“ (T3)

„Inimene peab ennast ise harima siis, kui ta tahab kuhugi jõuda. /.../ Selles mõttes ma olen kriitiline ja ma olen palju asju uurinud ise välja /.../ ma otsin selle info ise üles, kui vaja.“ (T4)

Tunnetega seotud kogemusi kirjeldav alakategooria moodustus 12 substantiivsest koodist. Patsiendid kogesid seoses nõustamisega erinevaid tundeid.

Mõne uuritava tunded avaldusid häbina. *„Häbi on, et ma ei liigu, selle tunde tekitab.“ (H1)*

Mitmed uuritavad tundsid kurbust. *„Kui ma teada sain, siis ma vist isegi nutsin“ (T2)*

Mõned uuritavad kogesid ka lootust. *„...alguses ma lootsin, et sellest võib lahti saada...“ (T3)*

Mõned patsiendid kogesid muutuste raskust. *„...räägivad, et proovi nii teha, proovi nii ja katsetame ja kui ei mõju hästi, siis muudame midagi kui on tarvis ja oleme hakkama saanud. Mõnikord läbi raskuste ka, aga ...“ (H2)*

Mõned patsiendid kogesid aga kasu puudumist ja ükskõikset suhtumist. *„Tegelikult ei huvita kedagi, mis sul viga on /.../ ega keegi pole väga huvi tundnud, mis elustiili ma üldse elan, mida ma üldse teen /.../ ja siis ei olegi mingit abi.“ (T2)*

Patsiendid olid kogenud nii ebakindlust kui kindlustunnet. Mõned patsiendid tundsid ennast algul ebakindlalt, kuna uue teadmise pidi kohanema, samas olid nad kindlad, et asjad saavad lahendatud.

„...lõpptulemus oli see, et ma tundsin, et ma ei saa sellega ise hakkama.“ (T3)

„Ja ma arvan, et see koostöö või kooslus on sobinud meile mõlemale, et see nagu annab... annab selle kindlustunde, et lihtsalt asja ees, teist taga mulle lihtsalt kamalutega rohtu sisse ei kühvelda, et saaks must lahti tead. See on niisuguse tõsise kindlustunde andnud, et... et räägid enda mured ära ja siis nende muredega lihtsalt arvestatakse.“ (H4)

Enamus uuritavaid oli kogenud rahulolu.

„Selle perearstikeskusega, mujal ma ei olegi olnud, olen ma ikka väga rahul, igasuguse nõustamisega, igasuguse patsiendiga suhtlemisega ja... kõik need võimalused, mis on patsiendile antud. /.../ Mina olen küll selles mõttes rahul, et mis sellesse haigusesse puutub, siis ma leian, et ma olen piisavalt informeeritud...“ (T3)

Mõned uuritavad aga olid tundnud rahulolematust.

„... ma ei ole rahul sellega, et patsient on juba targem kui arst siis nagu või... või õde, ma ei mäletagi. Et sellega ma küll rahul ei ole, sisuliselt kohati mul on tunne, et ma võiks ise arstiks hakata /.../ jutt läheb pikaks eksole, sest mina olen nagu rahulolematu selle süsteemiga.“ (T4)

Patsiendid olid leppinud haigusest põhjustatud olukorraga ja olid valmis eluga edasi minema. Enamus patsiente suhtusid nõustamisse heatahtlikult, kuigi vahel on valus tõde kuulda.

„...et see mind nagu jalust maha ei löönd /.../ et ju sellest ka üle saab...eluga tuleb lihtsalt edasi minna...“ (H4)

„Ja kui sulle ikka tuletatakse meelde ja sa ei taha selliseks minna, siis püüad heatahtlikult suhtuda sellesse.“ (T1)

„No vahel on lihtsalt valus kuulata, kui sulle tõde öeldakse. /.../ Sest...jah üks arst on mulle ükskord ütelnud, et Te olete ikka väga...väga rasvunud ja siis seda nagu kuulata... ma tean, see on tõde, eksju... aga jah, oli raske kuulata.“ (H6)

Motivatsiooniga seotud kogemusi kirjeldav alakategooria moodustus 9 substantiivsest koodist. Enamust uuritavaid motiveeris lähedastelt saadud toetus, lähedaste all on mõeldud eelkõige perekonda – abikaasat, lapsi, aga ka sõbrannasid.

„No mul on lähedaste toetus on küll olemas. Mul on kolm last, täiskasvanud kõik, ja nemad...nemad noh väga ühesõnaga /.../ et nad sudivad mind just nimelt tagant selle... sellise asjaga. /.../ No lähedased on ka sõbrannad...“ (H6)

Mitmele uuritavale oli motiveerivalt mõjunud rääkimine ja tagajärgede selgitamine.

„Mõjub juba see rääkimine. Ja hästi palju mõjub tegelikult. /.../ Juba see rääkimine aitas nii palju, et ...“ (H2)

„...selgitatakse, et kui ei paranda oma elustiili /.../ siis see võib lõpuks viia kurbade tagajärgedeni, kui ei võta midagi ette /.../ kõike on selgitatud ja näidatud ja toodud näiteid elust ja kuhu on viinud, kui ei muuda oma või jäta oma elu nagu hooletusse...“ (T1)

Patsiente oli motiveerinud vajaduse leidmine muutusteks ja muutustest saadud hea enesetunne. Mitmed uuritavad tunnistasid, et muutuma sunnib ainult tõsine vajadus, samas muutusest saavutatud hea enesetunne motiveerib uue harjumusega jätkama.

„Ennem sa ei tunne huvi, kui sul endal vaja on, kahjuks see on nii /.../ sellel hetkel, kui see oli probleem, siis muutis kindlasti. Aga praegu ma arvan, et... kuna ta ei ole hetkel mu jaoks probleem, siis... ilmselt läheb kõik nagu vana rada pidi.“ (T2)

„Motiveerib see, et ikkagi ma pean minema, sest enesetunne on mul olnud palju parem, kui ma seda kõike teen, mida tegelikult peab tegema. Ja peale seda on ikka, kui ma seal võimlen või käin väljas jalutamas või... kui ma tulen tuppä, siis kui olen need ringid kõik ära teinud kohe, siis ma tunnen, et kohe hästi hea energiat täis tunne on.“ (H2)

Mõnele uuritavale olid motiveerinud ka konkreetsed korraldused, mida on võetud kuulda ning enamuse uuritavaid on püüdnud antud soovitusi täita.

„See 15 kilo õnnestus niimoodi, et doktor ütles mulle, et .../nimi/, kui Sa nüüd edasi niimoodi sööd, no kaks liitrit piima ka ma võisin ära juua päevas, sest piima ma väga armastasin ja ...ütles, et piima jätad sa nüüd ka, et nii vähe, et jood ainult ühe klaasitäie ja ei joogi rohkem (naerab) ja ära mulle räägi enam nendest magusatest saiadest (ma ise müüsin neid ka ju), ära räägi nendest saiadest mitte üks sõna mulle ja ära räägi nendest rasvastest toitudest ega ... ja nii ma võtsin muidugi kuulda ka“ (H2)

„...kui ikka soovitatakse, siis ikka püüad ise ka seda soovitust täita, mis on antud.“ (T1)

Mitmele uuritavale mõjusid motiveerivalt analüüside normaliseerunud väärtused ja mõnele ka hirm süsteravile mineku ees.

„Motiveerib see, kui on ilusad numbrid, see motiveerib kohe kindlasti (naerab). Siis on hea meel, et näe! Sain hakkama.“ (H5)

„Jah, et see motiveerib kindlasti ja siis on tohter mulle öelnud, et „Sa pea meeles, (ta teab, misuke ma olen), et Sa pead seda dieeti pidama, sest veel üks rohi on olemas Sinu haiguse vastu, aga siis tulevad süstid ja seda Sa ei taha.““ (H5)

Takistustega seotud kogemusi kirjeldav alakategooria moodustus 8 substantiivsest koodist. Enamus uuritavaid tõi vabandustena välja ajapuudust ja laiskust. Mõned patsiendid vabandasid ennast võimetusega võidelda magusaisuga ja väitsid, et sportimine on ohtlik. Mitmete uuritavate vabanduste põhjuseks oli iseloomu nõrkus ja hirm teiste arvamuse ees.

„...ma olen ka väga laisk ja mugav inimene, ei viitsi midagi teha... nii vähe kui võimalik ma teen midagi /.../ mul ei ole seda aega. Minu aeg on ka tähtis.“ (T2)

„Jalgrattaga sõitmist ma pean lihtsalt eluohtlikuks, see on üle mõistuse, kes siin maantee peal jalgrattaga tervist sõidavad, ma ei tea...“ (H8)

Mitmed uuritavad on takistusena välja toonud ka motivatsiooni puudust. Patsiendid on väitnud, et kui oleks motivatsiooni, siis suudaks nad eesmärgi püstitada ja pingutada, kuid motivatsiooni puudumise tõttu jätkuvad sissejuurdunud harjumused.

„... mul ongi praegult see, et ma ei tea, mis ma tahan. Kui ma teaksin, kuhupoole joosta või mille järgi joosta, küll siis jookseks ka, aga /.../ aga ma ei tea, millega inimest motiveerida, ausalt öelda, minu jaoks on see iseenda motiveerimine suuremaid saladusi maailmas.“ (H8)

Takistusena on välja toodud ka regulaarsuse puudumist ja järjepidevuse kadumist. Muutustega küll alustatakse, kuid raske on saavutada regulaarseid liikumis- ja toitumisharjumusi.

„... Ma olen tavaliselt alati läinud nõustamiselt ära „nii, nüüd ma hakkas nii tegema!“ (naerab) /.../ Aga nüüd, just nimelt, nüüd läheb lahti, eks (naerab). Siis natuke läheb lahti ja siis vaikselt hakkab vaibuma...“ (H6)

Patsientidele on takistuseks osutunud ka prioriteedid – muu on tähtsam. Enamasti on esikohale seatud laste vajadused ning iseennast tahaplaanile jäetud.

„sest joosta ma ei saa ja trennis mul ei ole võimalik käia, nii et ma nüüd lähen iga päev see aeg trenni, sest siukest aega ei ole olemas. Mul on neli last, /.../ nii et tegelikult kulub mul aeg nende peale ära /.../ laste kõrvalt midagi väga kardinaalselt muuta ma ei taha. Ma ei saa ka, sest esiteks nad ei söö mul kõiki asju eks...“ (T2)

Lisaks on patsiendid nimetanud ka majanduslike võimalustega seotud takistusi ning takistuseks on osutunud ka erinevad terviseprobleemid. Peamise takistusena liikumisaktiivsuse suurendamisel on nimetatud asjaolu, et jalad hakkavad valutama.

„... need ribad on teise diabeedi jaoks natuke kallid ka osta, vahel võib endale topsikese lubada, kui mõne preemia saad...“ (T3)

„Aga mul hakkasid jalad valutama ja arst ütles, kuna kaalu on nii palju, aga et üle ühe korra nädalas ei maksa kõndida, et pigem ujuda, et vesi on parem...“ (H3)

Mõnel uuritavaal on olnud tunne, et nad ei vaja nõustamist, mis on ka üheks takistavaks teguriks.

„Konkreetselt minule oli arvatavasti piisav see, et ma sain oma need vastused. Et ma nagu ei vajand spetsiaalselt siukest... siukest asja /.../ no siiamani on igaljuhul nii, järelikult ma olen kõik vastused saanud, ei vaja praegu hetkel mingit spetsiaalset nõustamist.“ (T3)

4.1.3 Nõustamisprotsessiga seotud kogemused

Ülakategooria „Nõustamisprotsessiga seotud kogemused“ moodustub neljast alakategooriast - kogemused nõustamise korraldusega, kogemused nõustamise teemadega, kogemused nõustamise tulemuslikkusega, kogemused ebatõhusate soovitustega (tabel 5).

Tabel 5. Nõustamisprotsessiga seotud kogemusi iseloomustavad substantiivsed koodid ja neist moodustunud alakategooriad.

Substantiivsed koodid	Alakategooriad	Ülakategooria
Rollijaotus Töökoormus Õed nõustavad telefonitsi Õdede iseseisev nõustamine Vestluse vormis Meeldetuletamine Piiratud aeg, mis kulub konkreetsele probleemile	Kogemused nõustamise korraldusega	Nõustamisprotsessiga seotud kogemused

(järgneb)

Substantiivsed koodid	Alakategooriad	Ülakategooria
Haigusest lähtuv Toitumine ja liikumine Kehakaalu alandamine Rahustamine Ravimite manustamine Veresuhkru jälgimine Puhkus ja töö	Kogemused nõustamise teemadega	Nõustamisprotsessiga seotud kogemused
Elustiili muutus Distipliini hoidmine Eesmärgi saavutamine Regulaarne ravimite tarvitamine Tervisenäitajad on kontrolli all Mõtteviisi muutus Teadlikkuse kasv Prioriteetide muutmise Tahtejõu suurenemine Enesetunde paranemine Enesekindluse saavutamine	Kogemused nõustamise tulemuslikkusega	
Liigne üldistatus Soovitused ei ole põhjendatud Standardlahendus ei toimi Info jagamine ei motiveeri Liigne info Ei anta tervikpilti Ei pakuta alternatiive On antud halbu soovitusi Hakkad vältima	Kogemused ebatõhusate soovitustega	

Nõustamise korraldusega seotud kogemusi kirjeldav alakategooria moodustus 7 substantiivsest koodist. Patsientide kogemuste põhjal selgus, et täpselt ei teata tervishoiutöötajate rollijaotust ja töökoormust. Patsiendid on kogenud nõustamist nii õde kui arsti poolt, mõned patsiendid väitsid, et nõustab rohkem õde kui arst, teised seevastu, et nõustab rohkem arst kui õde.

„Võib-olla tal ei ole seda vastutust, ma ei tea, kui suur ulatus tal on, mille üle ta võib otsustada onju /.../ ma ei kujuta ette, mis õigused sellel õel on või kohustused, kui suur on tema see vastutusala ...“ (T2)

„Ei, ega ma ei oskagi öelda, sest ma ei tea, kui suur töökoormus neil on. Sest et mina olen üks oma hädadega, paljudel on veel palju hädasid.“ (T5)

„nüüd nagu... arstid nagu ei ole, ennem on õed nagu... (nimi) on väga tore õde, ta on nii palju aidanud, et /.../ ja niimoodi õdedega suhtleme. Et arstiga nagu vähem, vahepeal olid siin, need noored tohtrid...“ (H7)

„... siis ma lähen pigem ikkagi arsti juurde, kui et ma pean õde juurde minema, siis käin õde juures ära, siis selgub, et ma pean ikkagi arsti juurde minema, mul ei ole seda aega.“ (T2)

Patsientidel oli kogemusi ka õde iseseisva nõustamisega ning telefoninõustamisega.

„...et kui helistadagi siia õdedele, siis annavad nad ise nõu, et mida juba teha...“ (H2)

„Meil on siin õde, kes teatud päevadel, kas kuus kaks korda või kui palju ta siin on, ma olen käinud tema juures ka nõustamisel, ja siis ta ka küsib ja kaalub ja pärib ja siis arutame ja räägime ja siin on need asjad olemas. Tema on siin kohapeal olnud ja teab ikka kõike.“ (H2)

Samas tõid mõned patsiendid välja, et vestlused õdedega on üldiselt eluolulistel teemadel ja õe nõuanded lähtuvad pigem protseduuridest.

„Ei ole küll... ühesõnaga, kui ta mul vereproovi võtab, ma võin taga niisama nalja visata, aga me räägime niisama ilmast ja toredad õed kõik, aga nõustamist noh (naerab) nii palju on küll nõustamine, et hoia seda kinni (näitab käe ülevõtmist pärast verevõtmist).“ (T6)

Patsientide kogemuste põhjal toimub nõustamine sageli vestluse vormis, täpsustati, et tegemist on kahe võrdse poole vestlusega.

„No ikka vestlusena. Ega ju käske ja keelde ei saa inimesele ju korraldada. Ei taha alluda, aga ikkagi vestlused ja selgitused, ikka selles stiilis, mina saan nii aru. Kui ma siin õega siin uurin, et kuidas seda näitu mõista või... või mida iganes, ta ikkagi selgitab mulle seda. Et... ikka niisugune vestlus, ta räägib mulle ja... Ka tohter ütleb mulle, et „kuule, vaata, sedasi sa ei või, ei ole hea teha, et tee, mõtle kuidagi teisiti näiteks või... või pane rohkem pööra tähelepanu või...“. Või noh, ikka selles stiilis.“ (H5)

Üheks nõustamise korraldusega seotud aspektiks on patsiendid pidanud ka meeldetuletamist, et on vaja tulla analüüse andma.

„Aga noh, siis jälle tuletatakse meelde ja... ma ütlen, minu jaoks normaalne, minule on jäänud positiivne sellest nõustamisest, et ma ei ole nagu pahane, et jumal jälle ta käskis /.../ aga mul on ka niimoodi olnud, et on öeldud, et aga Teil on siin üks kastike, mis ütleb, et te peate sel-sel kuupäeval tulema analüüse andma, nii et on nagu mõlemapoolne meespidamine. Et ka see on hea, kui juhtud ise ära unustama.“ (T3)

Patsientide kogemuste põhjal toimub nõustamine pigem muu jutu sees, kuna visiidiks on piiratud aeg, mis kulub konkreetsele probleemile.

„...põhiline on ju...et kui ma seal nii harva käin, siis ma käin ikka konkreetse põhjuse pärast, ma ei lähe ju lihtsalt, et mul pole mitte midagi teha, et aega surnuks lüüa, siis tegeled mingi konkreetse probleemiga ja mingi asjaga ja siis tegeldaksegi sellega ainult...“ (T2)

„...siin ei ole mingi koolitusasutus onju, tal on piiratud aeg, mingi 20 minutit või mida iganes, selle aja jooksul kõik ära teha, aga noh...“ (T4)

Nõustamise teemadega seotud kogemusi kirjeldav alakategooria moodustus 7 substantiivsest koodist. Patsiendid olid seisukohal, et nõustamine sõltub haigusest ja hõlmab toitumist ja liikumist.

„...oleneb inimesest. Mis haigus tal, suhkruhaigusel on üks nõustamine, kõrgvererõhutõvel on natuke teistmoodi jälle.“ (H1)

„No...dieeti kõigepealt (naerab), vaadates mind /.../ aga jah, noh eelkõige toitumine ja... liikumist palju. /.../ Et... jah noh ma arvan, et elustiil on jah just liikumine, toitumine.“ (H6)

Patsientidele soovitati kehakaalu alandada, selleks aga tuleks menüüd korrigeerida ja regulaarselt toituda ning füüsilist aktiivsust suurendada.

„...Kehakaalust lahti saamine oli ikkagi see, mis mulle kõigepealt soovitati. Et...kehakaal oli selleks ajaks ikka päris... päris korralik. /.../ Ja eks see kehakaalu jutt vist ikka oligi see ja toitumine ja liikumine, kuni igasuguste dieetideni /.../ ja lahjemaid toitusid ja korralik toitumine, kellaajaliselt ja ...“ (T3)

Mitmed uuritavad olid ka seisukohal, et nõustamine sisaldab rahustamist. Aktiivne kuulamine ja julgustamine mõjuvad patsientidele rahustavalt, mis parandab enesetunnet ja toetab toimetulekut.

„Aga see arst või õde, kes ta iganes oli, nime ma ei mäleta, selles mõttes oskas väga hästi rääkida või maha rahustada...jaa...jaa... ma sain aru, et see ei olegi mingi haruldus, et see on tavaline tänapäeval.“ (T2)

Uuritavad tõid välja, et nõustamine sisaldab ka ravimite manustamise ja veresuhkru jälgimise õpetust. Nõustamise valdkondadeks pidasid mõned patsiendid ka nõustamist töö ja puhkuse osas.

„Noh, ravi ja toitumise suhtes ja... ega ma mujalt ei olegi saanud kui oma pereõelt ja perearstilt /.../ kuidas sellega noh...kuidas kontrollida oma suhkrut ja kuidas noh ravimit võtta ja....“ (T3)

„Noh eks nad ikka selle puhkuse ja töö osas ja siuksed ikka ravimid ja tulge ja helistatakse ja mulle lausa koju, et siin olid halvad analüüsid, et tuleb teha uued analüüsid ja niimoodi õdedega suhtleme.“ (H7)

Nõustamise tulemuslikkusega seotud kogemusi kirjeldav alakategooria moodustus 11 substantiivsest koodist. Patsiendid olid nõustamise tulemusena teinud erinevaid muutusi elustiilis. Põhilise muutusena korrigeerisid patsiendid oma dieeti ja alustasid liikumisega.

„Ma olen ju palju muutunud, muutnud oma eluviisi ju, ikka päris-päris palju ja igasuguste asjadega...“ (H2)

„Ja toit muidugi ka. Peale seda operatsiooni oli siis võimalus lihtsalt hästi vähe süüa ja no siis juba teadlikult ei söönud seal juba rasvast ega midagi, et ikka, ikka teadlikult hakkas nagu see asi peas keerlema, et no nii ei saa nagu edasi, et /... / No elustiilis ikka liikumine. Lihtsalt hakkasin... andsin auto ära maale tütrele ja hakkasin jalgsi ja bussiga ja võimalikult palju jalgsi käima ja vähem lifte kasutama ja ühesõnaga lihtsalt teadlikult kasutasin liikumist...“ (T3)

Elustiili muutusena toodi välja ka koormuse vähendamist ja vedeliku tarbimise suurendamist. Nõustamise tulemusena olid mõned patsiendid ka vähendanud alkoholitarbimist ja suitsetamist, mis on samuti suur muutus elustiilis.

„Noh, muidugi teine asi on see ka, et ei ole see koormus väga niisugune, et peaks täitsa keel vesti peal nüüd rabama, rabelema.“ (H4)

„Ma hakkasin nagu rohkem vedelikku tarvitama, sest ma joon üldiselt vähe.“ (H5)

„... noh nüüd läheb see pakikene kaks päeva, enne läks ikka tugevalt pakk...pakk, aga nüüd kaks päeva, no see 10 sigaretti päevas.“ (H9)

„Muidugi, enne jõin õlut jõin, nüüd ma enam seda üldse ei tarvita. Alkoholi pole ka võtnud, ei tea kas pole raha või ei taha või...(naerab) seda ei ole tarvitanud.“ (T5)

Patsiendid tõid nõustamise tulemustena välja distsipliini hoidmist – nad suutsid kinni pidada ravimite võtmise režiimist ja rangelt dieeti pidada ning regulaarselt toituda. Mitmed patsiendid olid püstitanud endale eesmärgiks kaalu langetamise ning olid ka eesmärgi saavutanud.

„Loomulikult, ma olen niivõrd rangelt pean dieeti ja võtan rohtusid korralikult. /.../ No dieeti ma pean, see on. Seda ma pean ikka rangelt. Magusat ikka eriti suhu ei pane.“(H1)

„... ja õige ravimi võtmise režiim ja, noh enam-vähem ühel ajal päeval ja ...“ (T3)

„Noo võtsin ikka, võtsin kaalus alla /.../ ma võtsin küll kümme kilo alla. See on imekombel nüüd seisma jäänud, et praegu ma ei ole kaalus juurde võtnud.“ (H3)

Patsiendid olid nõustamise tulemusena hakanud regulaarselt ravimeid tarvitama ja oli õnnestunud ka ravimite annuseid vähendada. Oluliseks nõustamise tulemuseks peeti seda, et tervisenäitajad on kontrolli all.

„... ma polnd elus enne tõsiselt rohtusidki võtnud, väga harukordne. Aga nüüd tuleb, praktiliselt toidulisandid juba, nüüd ei ole enam rohuvõtmine, nüüd on igapäevased toidulisandid, midagi ei ole teha.“ (H4)

„Ikka juba nõrgemate rohtudega, ikka väga palju on vähendatud ja vähendatud.“ (H2)

„...praegust on suhkur kontrolli all...tänu kõik sellele, mida on juhendatud ja öeldud /.../ niimoodi ma olen selle suhkruga hakkama saand, nii et praegast ei ole probleeme üldse...“(H2)

Patsiendid kogesid, et nõustamise tulemusena oli toimunud mõtteviisi muutus ja teadlikkuse kasv. Uus mõtteviis ja teadlikkus aitas patsientidel ka prioriteete muuta.

„hakkasin mõtlema, et ma enam niimoodi ei tohi teha, pean ikka kuulama.“ (H2)

„Et aidanud on ... ikka see... teadmised ma arvan, eks neid võis enne ka olla, aga midagi oli peas katki järelilikult, et... ikka teadlik lähenemine asjale.“(T3)

„See oli nagu kõige suurem muutus, et hakkasin kolm kord päevas sööma. /.../ Ükskõik kui kiire ei oleks tähendab, et peab alati leidma aega söömise jaoks.“ (T1)

Mitmed uuritavad töid nõustamise tulemustena välja veel tahtejõu suurenemist, enesetunde paranemist ja enesekindluse saavutamist.

„Ega see esimene kord kõndima minna ei olnud üldse kerge, pidin kogu aeg sundima ennast: mine, mine, mine, mine... ja kui ma siis ära käisin, siis oli jube hea olla, tõesti oli hea...“ (H3)

„Põhiliselt enesetunne, kui ma ikka tunnen natukene ennast juba paremini kuidagi... kuidagi julgemalt või kindlamalt või /.../ kui sa ikka... kui kaal väheneb ja noh sa saad juba uueks inimeseks, sul läheb mõistus korda, sa ei häbene enam ennast, sealt hakkavad kõik muud asjad peale, sa julged minna välja liikuma, sa julged inimestega suhelda, noh seal on, seal on mitmed asjad. /.../ Enesekindlus jah...kui...kui...vist jah on nii.“ (T3)

Ebatõhusate soovitustega seotud kogemusi kirjeldav alakategooria moodustus 9 substantiivsest koodist. Patsiendid kogesid, et soovitused on liiga üldistatud ja soovitati üldlevinud asju.

„...see, et perearst näiteks ütleb mulle „sa pead rohkem liikuma“ üldsõnaliselt eksole, see ei anna midagi mulle /.../ mis kasu mul on mingist üldisest jutust, ma ei tea, toituge tervislikult või sööge rasvaseid või ärge sööge rasvaseid, noh... see on... sellisel tasemel nõuanded, et neid ma võin ka õhtulehest lugeda“ (T4)

„...No ütleme targutamine on tegelikult niuke noh...üldtuntud asjade noh...mittemeeldivald ettetoamine, ütleme nii. Noh, ütleme minusugune näiteks teab ju et ta kaalub vähemalt 25 kilo rohkem kui ta peaks, noh...ta suitsetab, ta liigub vähe, sööb ilmselt liiga rasvast toitu, noh...ma ei tea, mida sa ikka sellest räägid...“ (H8)

Üks uuritav tõi oma kogemuste põhjal välja, et soovitusi ei põhjendatud ja et standardlahendused ei toimi.

„...tihti, ma ütlen, ma olen korduvalt kuulnud asju, mida ei põhjendata. Öeldakse, et tee seda või söö seda või tee nii, aga ei põhjendata, miks. Et see nagu häirib, sest ma ei hakka ju tegema, kui ma nagu ei saa aru, miks seda vaja on.“ (T4)

„... siukseid standardlahendusi pakkuda ei ole nagu mõtet, sest inimene – kas ta teab juba neid või ta võib neid kergesti leida ka ise kuskilt internetist.“ (T4)

Patsiente ei motiveeri lihtsalt info jagamine ning liigse info saamise korral on raske vajalikku meelde jätta.

„Ilmselt peaks selle peale mõtlema kõigepealt, mis see võiks tähendada, laiemalt nii-öelda. Just kuidas see motivatsioon leida, et sa tahad seda kasutada, sellest on vähe abi, kui sa selle info saad, aga kui see ei leia rakendust või sa ei oska seda kasutada, siis on see nagu tühi informatsioon. /.../ Minu jaoks on ta olnud nagu info... sest et... ega mind ei ole sellega motiveeritud, ma ütlen ausalt.“ (T2)

„Ja võib-olla ta ei teagi tahta midagi, võib-olla tuleb talle lihtsalt pakkuda kõike, üle valada ja siis ta ise nokib sealt välja, mis tal vaja on. /.../ Sellega on kindlasti oht, et kui saab palju, siis võib-olla ei jää ka mitte midagi meelde.“ (T3)

Ühel uuritava oli kogemusi, et ei anta tervikpilti ja ei pakuta alternatiive.

„...ei räägita nagu, mis on põhiline puudus, on see – inimesele ei anta mingisugust tervikpilti. /.../ Te käite arsti juures ära, teile öeldakse näiteks: „te peate sööma nüüd tableti“ või teile öeldakse, et ärge sööge rasvaseid asju, kolesteroolitase tõuseb onju, a tervikpilti ju ei räägita /.../ seda ei räägita inimestele, kas ei ole aega, ei ole tahtmist, ma ei tea, mis põhjusel, selle peab inimene kõik ise endale selgeks tegema, aga kuhu ma jõuda tahan, on see – kui inimene ise ei näe tervikpilti, siis sellest arsti soovitusel on vähe kasu.“ (T4)

„Aga jälle need alternatiivid – inimene ei taha tavaliselt loobuda millestki, kui tal ei ole alternatiivi.“ (T4)

Patsiendid on ka väitnud, et on antud halbu soovitusi ning nad võivad ebameeldivate kogemuste korral nõustamist ka vältima hakata.

„... öeldi, et te peate sööma rasvaseid asju, noh... see oli nagu täiesti ebakompetentne nõuanne /.../sellist laadi nõuanded on nagu... ei pruugi üldse head olla /.../ mis ei ole meeldinud, ongi just see, et... ikkagi see, noh...see nõu, mis nad annavad, ei ole alati hea ...“ (T4)

„...tegelikult põhiline jutt ikka, et võtame aga need süstid ja te olete väga ülekaaluline, et kas ei saaks siis tõesti natuke alla võtta, no ei saa noh, minu meelest ma nii väga oma vanuse kohta ei ole nii väga ülekaaluline, ma saan aru, oleks ma mingi 100 kilo või... ja siis teatud ajal lihtsalt hakkad neid arste nagu vältima või vaatad, kuidas noh...“ (H7)

4.2 Patsientide vajadused seoses elustiili nõustamisega

Peakategooria „Patsientide vajadused seoses elustiili nõustamisega“ moodustus teemakohastest substantiivsetest koodidest, mis koondusid kaheksasse alakategooriasse ja need omakorda kahte ülakategooriasse, mis käsitlesid professionaalsusest lähtuvaid vajadusi ja individuaalsusest lähtuvaid vajadusi. Patsientide vajadusi seoses elustiili nõustamisega selgitab tabel 6.

Tabel 6. Patsientide vajadused seoses elustiili nõustamisega

Alakategooriad	Ülakategooriad	Peakategooria
Pädeva nõustamise vajadus	Professionaalsusest lähtuvad vajadused	Patsientide vajadused seoses elustiili nõustamisega
Põhjaliku nõustamise vajadus		
Spetsiifiliste soovitude vajadus		
Nõustamise korraldusega seotud vajadused		
Usaldusliku suhte vajadus	Individaalsusest lähtuvad vajadused	
Hooliva suhtumise vajadus		
Personaalse lähenemise vajadus		
Motivatsiooni tekitamise vajadus		

4.2.1 Professionaalsusest lähtuvad vajadused

Ülakategooria „Professionaalsusest lähtuvad vajadused“ moodustub neljast alakategooriast - pädeva nõustamise vajadus, põhjaliku nõustamise vajadus, spetsiifiliste soovitude vajadus, nõustamise korraldusega seotud vajadused (tabel 7).

Tabel 7. Professionaalsusest lähtuvaid vajadusi iseloomustavad substantiivsed koodid ja neist moodustunud alakategooriad

Substantiivsed koodid	Alakategooriad	Ülakategooriad
Regulaarsus Järjepidevus Erapooletus Pidev enesetäiendamine Vastutuse tunnetamine Seoste loomine Info jagamine ja vastuvõtmine Tulemuslikkus Vajadustest lähtuv Koostöö oskus Tunnustamine Keskendumine positiivsele Isiklike hinnangute andmine	Pädeva nõustamise vajadus	Professionaalsusest lähtuvad vajadused
Süvenemine Selgitamine Põhjendamine Põhjuseni jõudmine Alternatiivide soovitamine Visiidi pikkus Laiem kontekst	Põhjaliku nõustamise vajadus	
Toitumisalane nõustamine Liikumisalane nõustamine Kaalualandav nõustamine Stressimaandav nõustamine Nõustamine ravimite osas	Spetsiifiliste soovitude vajadus	
Spetsiaalselt nõustamisega tegelev inimene Tehnoloogia kasulikkus Personaalne nõustaja Vabatahtlikkus Valmistumine nõustamiseks Grupinõustamine Varasema kogemuse kasutamine Finantsressursid	Nõustamise korraldusega seotud vajadused	

Pädeva nõustamise vajadust kirjeldav alakategooria moodustus 13 substantiivsest koodist. Patsiendid pidasid oluliseks, et nõustamine oleks regulaarne. Mitmed uuritavad leidsid, et algul võiks olla nõustamine tihedam ja edasi toimuda teatud intervallidega. Enamus uuritavaid pidasid ka tähtsaks, et nõustamine oleks järjepidev. Nad olid seisukohal, et ühekordne visiit ei mõjuta, vajalik on pikemaajaline mõjutusvõimalus ja pidev rääkimine.

„... Algul võiks olla tihedam. Just see, et mul tekib ju järjest küsimusi, et ma tahaks nagu küsida ja ja vastuseid saada ja võib-olla algul võiks olla tihedam tõesti. /.../ Ja siis hiljem, kui juba on stabiilsus mingisugune kasvõi numbrites või...või, siis niukene kontroll lihtsalt.“ (T3)

„Seda ei tohiks kindlasti ka nõuda, et see kiiresti muutuks, inimene ei saa kiiresti siukseid suuri asju, ta ei suuda seda laeva keerata nii kiiresti, et see harjumuse jõud on niivõrd tugev. Et...et see peab olema selline järjepidev ja vaikselt nagu suunamine, siis ma arvan, et see toimib /.../ et toitumisharjumusi muuta, see võib võtta kaks pluss rohkem aastat aega, see ei muutu nii kiiresti, a see tähendab seda, et see nõustaja peab ka kogu aeg olema seal protsessis ju.“ (T4)

Patsiendid pidasid vajalikuks, et nõustaja oleks erapooletu ja pädev, selleks tuleb ennast pidevalt täiendada ja ei tohi vale nõu anda. Üks uuritav rõhutas, et nõustaja peab tunnetama vastutust, sest tema nõuannete pädevusest sõltub paljude inimeste tervis.

„... kindlasti ei tohi nagu kellegi huve esindada, see on ka suur nagu oht, et kui tema räägibki patsiendile ainult seda, mida ta on kuulnud ravimfirmade koolitustel. /.../ Et ei tohiks nagu midagi oma teada jätta või kellegi huve esindada. Ta peaks nagu hästi-hästi sõltumatu olema ja patsiendi huvides tegutsema, et siis oleks nagu abi.“ (T4)

„...see nõustaja peab ikka väga, väga proff olema, et ta peab nagu kõiki neid asju teadma, et ta mitte mingil juhul valesid soovitusi ei annaks, sest kui üks nõustaja annab sajale inimesele vale soovitus, siis see tagajärg on katastroof, eks ole. Siis on sada inimest haiged lõpuks ju... ja võib-olla see mõju on pikaajaline ka et... ta annab vale soovitus ja kümne aasta pärast tekib väga paljudel mingid haigused, et see on... see on nagu risk, et see nõustaja peaks nagu väga-väga tark olema (naerab). /.../ Vastutusrikas töö on tegelikult, on, sa ei tohi ikka vale nõu anda.“ (T4)

Patsiendid pidasid professionaalseks nõustamiseks vajalikuks oskust seoseid luua ja tugineda uuematele uuringutele ja objektiivsetele andmetele. Mõned uuritavad pidasid ka oluliseks, et nõustamine sisaldaks info jagamist sellisel moel, et patsient selle ka vastu võtaks ja rakendaks.

„Et see on minu jaoks professionaalsus, et ta tõesti teab, mida ta räägib ja ta seostab asju omavahel, et noh... patsiendil ei tohi hetkekski tunnet tekkida, et tema on targem kui arst. See on ka professionaalsuse kriteerium /.../ ja peaks rääkima nendest uuematest uuringutest nagu ei tohi selles vanas nagu kinni olla, et...“ (T4)

„...ilmselt see annaks, peaks andma mingit informatsiooni mulle. Ma kujutan ette, kui ma ei tea sellest asjast enne mitte ühtegi, mitte midagi. /.../ Iseasi on see, kuidas ma selle vastu võtan ja kas ma seda kasutan. See on ilmselt palju keerulisem.“ (T2)

Enamus patsiente pidasid vajalikuks, et nõustamine oleks tulemuslik ja lähtuks patsiendi vajadustest. Patsiendid tõid välja, et kõige tähtsam on esimene nõustamine ning rõhutasid, et nõustamisega ei tohi liiale minna ning ei ole vaja teada rohkem, kui antud olukorras oluline on.

„Tähtis on see, et kõik asjad saaks paika (naerab). /.../ Tulemus. Eks jah, et oleks hea, nagu praegu, mitte ei läheks halvemaks kogu aeg. /.../ Et ravitulemused oleks ikka head ja...“ (H2)

„Et põhiline on kõigepealt selgitada, leida, mida on vaja muuta. /.../ Kui muudatust ei ole vaja teha, siis ei ole ka nõu vaja anda /.../ei ole mõtet seda kõike rääkida, mis antud inimese jaoks ei ole vajalik. Sest muidu võib see nõu olla ajaraiskamine tähendab, kui anda seda nõu, mida inimene juba isegi teeb.“ (T1)

„Et üks ikka noh, iseenesest jälle on ju nii, et ega selle nõustamisega liiale ka ei saa minna, et ühelt loengult kutsutakse teisele (naerab), et siis hakkad käega lööma.“ (H5)

Enamiku uuritavate sõnul on professionaalseks nõustamiseks vajalik koostöö oskus. Patsiendid pidasid tähtsaks kaasamist ja ühiselt lahenduseni jõudmist. Koostööks vajalikuks pidasid patsiendid ka oskust inimesele läheneda, oskust kuulata ja küsida.

„Ta vaeseke ei tea ju, kust alata. Noh, ta kõigepealt peab mu loo kõik läbi lugema, mis mul üldse on või olnud on, aga noh, ma püüan nagu teda ka aidata, et võib-olla on see või teine, vot mul oli nii või naa, et...ise ka natuke analüüsida neid asju, see on minu tervis. /.../ Et siis nagu ühiselt nagu saame asjale jälile.“ (T3)

„See on kõige olulisem, et sa tead, kuidas inimestele läheneda. Et inimesi on ju igasuguseid, kes kuidas ja millele reageerib üks, kuidas vastu võtta... oskus kuulata, see on kõige tähtsam ilmselt. /.../ Ja ilmselt siis ka oskus küsida. Sest inimene kui ta ei tea sellest asjast, siis ta ei oska küsida ka ju, et mis või kuidas, et oskus oma teadmist edasi anda. See on vist kõige olulisem.“ (T2)

Patsiendid on välja toonud, et vajalik on keskenduda positiivsele ja tunnustada patsienti ning rõhutasid, et nõustaja ei tohiks anda isiklikke hinnanguid.

„Just positiivset asja ka välja tuua alati, mitte kõik ei ole kogu aeg halvasti või...noh,et number on jälle nii palju tõusnud ja...peame nüüd suurendama doosi või... Jah, et igas nõustamises oleks ikkagi midagi siukest rõõmsat ka sees.“(T3)

„...ei tohiks ju, siukseid isiklikke hinnanguid ei tohiks nagu anda patsiendile... ma ei tea, kas ma hakkan seda ütlema. See ei ole ilus... aga noh...ta ei tohi nagu isiklikuks minna ju /.../ ei tohi

öelda patsiendile, et noh, kui te nii paks olete, siis teil peabki olema kõrge vererõhk. Ta ei tohi siuksele tasemele nagu langeda.“ (T4)

Põhjaliku nõustamise vajadust kirjeldav alakategooria moodustus 7 substantiivsest koodist. Patsiendid pidasid vajalikuks, et neid tähelepanelikult kuulataks ja süvenetaks. Süvenemine oli neile oluline, sest mitmed uuritavad on soovinud, et nõustaja uuriks välja patsiendi olukorra.

„Ideaalne nõustamine on võib-olla see, et kui kurdad ...noh enda muresid või kõiki neid vigasid, mis sa tunned, et ta sind muidugi hästi tähelepanelikult kuulaks. /.../ Ja see süvenemine ... „(H2)

„... võib-olla välja uurida üldse, milline see elustiil on ja mida üldse...võib-olla peaks midagi hoopis teistmoodi tegema üldse, mida ma ise, noh, võib-olla ei ole isegi mõelnud selle peale, ise ei... võib-olla see on nii lihtne, et ma näen seda iga päev, aga ma ei saa aru, et seda oleks just mul tarvis. Aga selleks peab jälle teadma, et mida sa üldse teed onju.“(T2)

Patsiendid pidasid vajalikuks ka selgitamist ja põhjendamist. Mitmed uuritavad on tahtnud teada, mis täpselt nende sees toimub ja miks see nii on. Nad soovisid, et nõustaja põhjendaks patsiendi seisundit füsioloogiliste protsessidega organismis.

„Vot just on vaja põhjalikult selgitada, millist nõu on vaja anda /.../ peab selle just välja selgitama, millist nõustamist ta vajab kõige rohkem....“ (T1)

„...kuidas see füsioloogiliselt su sees välja näeb, et miks nii toimub, et nüüd piisavalt midagi enam ei toodeta su organismis, et see teadmine, kuidas, mis tegelikult minu sees toimub /.../ et selline nõustamine, et kohe füsioloogiliselt mis kõik juhtub ja siis elustiili nõuanded...“ (T3)

Mitmed uuritavad on välja toonud, et oluline on põhjuseni jõudmine. Patsiendid on jõudnud arusaamani, et tagajärgedega tegelemine ei kõrvalda probleemide põhjust ning kõige olulisema põhjuse leidmine ja sellega tegelemine võimaldaks lahendada ka kaasuvaid probleeme.

„Jah, sest kui sa nende juurteni jõuad, sest sealt ju tegelikult hakkab kõik pihta. Sest kui me siit pealt niimoodi silume, siis mis kasu sellest on? See ei kao kuhugile, teeme täna ilusaks, homme tuleb laseb vanas vaimus edasi, sest inimene on ju... ta kuulab ära su, aga ta ei tee ikka, mida peaks /.../ inimesed ei räägi päris ju, mis selle asjani lõpuks ju viis, mis need sümptomid algul olid, nad lähvad seda likvideerima nagu, aga mis põhjused olid või kuidas see tuli, sellest ju väga ei räägita. Nii et noh, tegin seda valesti või tegin teist valesti või... keegi ei taha oma vigu tunnistada.“ (T2)

Patsientide sõnul on vajalik nõustamise käigus soovitada erinevaid alternatiive. Valikuvõimaluste pakkumine võimaldaks patsiendil valida endale sobivaim viis elustiilis muutuste tegemiseks.

„Et paraku, ma ütlen, vahendeid on palju, võimalusi on palju ja alternatiive tuleb inimestele tutvustada, aga iseasi kui palju nad neid muidu kasutavad /.../ see nõustaja peaks nagu kõik alternatiivid lauale panema ja siis läbi arutama, et mida nagu saab teha, mida ei saa teha ja nii edasi /.../ et tuleks need alternatiivid ära näidata...“ (T4)

Patsiendid täheldasid, et nõustamiseks oleks vajalik pikem aeg, et käsitleda nõustamisega seonduvaid teemasid laiemalt.

„tal on piiratud aeg, mingi 20 minutit või mida iganes, selle aja jooksul kõik ära teha, aga noh...võib-olla teie uuringu tulemusel siis tehaksegi, mingi nõustaja juurde kuhugi, kus on siis pikem aeg, põhjalikum nõustamine, aga /.../ et siis peab, siis peab väga nagu noh inimesele seletama ära nagu laiemalt selle, või põhjalikumalt...“ (T4)

„...no ma ütlen, et järjekord eks, rahvas on taga, tal on sinu jaoks see 5-10 minutit, vuristab sulle selle ette ja...ja sulle ei jää meelde, tema on õppind, ta teab, tema jaoks on see lihtne, aga kellele ta räägib, sellele ei pruugi lihtne olla /.../ see arstivisiidi aeg ja kõik see jääb nagu lühikeseks või...sellise jutu jaoks, et /.../ Ajapuudus jah...ajapuudus takistab jah seda...“ (H7)

Spetsiifiliste soovitude vajadust kirjeldav alakategooria moodustus 5 substantiivsest koodist. Kõige rohkem on patsiendid vajanud toitumisalast nõustamist, mida tõi välja enamus uuritavatest. Patsiendid tundsid puudust toidukoguste seostest insuliini süstimisega, vajati ka täpsemat infot toitumise tasakaalustatuse kohta.

„Ma küll tean, aga ega ma kõike nüüd peensusteni ka ei tea. Need süsivesikud ja kõik need protsendid, mis seal on, ega ikka noh, päris kõike neid ei tea.“ (H2)

„Aga muud midagi nõustamine, võib-olla toidu see...toiduasi on natukene keeruline suhkruhaigetel, minul jäi väga ebaselgeks need toidukogus ja siis see süstitavad ühikud ja kui...kui tihti ja kuidas ma pean sööma ja kas kellaajaliselt ja see jäi väga segaseks /.../ ja kui mul on see suhkur ikkagi normaalne, et kas ma pean siis ka süstima ja vot siuksed asjad olid väga ebaselged minu jaoks, ma ei tea. Mõnel... mõni saab aru, aga mina ei saand aru...“ (H7)

Mitmed patsiendid on vajanud ka liikumisalast nõustamist. Liikumisalast nõustamist vajati küll vähem kui toitumisalast, pigem teadvustati liikumisvajadust ja sooviti juhiseid liikumisaktiivsuse suurendamiseks. Patsiendid on vajanud kaalualandavat nõustamist, sest on tõdenud, et kaalulangetamine on raske.

„Noh, ma ei tea...võib-olla tõesti sellest natuke rääkida, füüsilisest koormusest kui sul tööd ei ole näiteks et mida teha noh, ma ei mõtle ainult sportimist, käimist noh niisukest asja...“ (H7)

„Ma tean, et ma pean oma kehakaalu alla võtma, noh, aga see ei olegi nii lihtne et...“ (T2)

Mõned patsiendid on vajanud stressimaandavat nõustamist. Nad peavad rahustamist ja stressi maandamist oluliseks eelduseks elustiili muutuste tegemiseks ja tervisenäitajate parandamiseks.

„...ma arvan, et elustiili juurde kuulub ka inimese närvisüsteem. Kui inimesel on töö närviline, tal on vaja kogu aeg närvis olla ühesõnaga, siis inimene ei kuulegi üldse, mis nõu arst temale annab. Võib-olla tuleb kõigepealt hakata teda rahustama, et ta saaks oma närvilisusest üle ja siis saaks juba hakata temaga edasi arendama elustiili muutmise suunas seda vestlust.“ (T1)

Mitmed patsiendid on vajanud nõustamist ravimite osas, nii tabletravi kui süsteravimite teemal.

„... ja siis muidugi ravi ka, et kuidas see ravi, mida see tablett seal organismis teeb ja... mind huvitavad sellised asjad, aga kõiki ei pruugi huvitada.“ (T3)

„Süstima rohkem... Aga kas see süstimine käib ainult selle toidu järgi või käib selle sinu mõõtmise järgi, võib-olla ma söön ja mul ei ole see nii ühesõnaga, et ma peaks nii palju süstima ja kui sa üle süstid, siis jälle suhkur langeb ja siis on hoopis jama. Vot see on jah nagu siukene segane värk, et...“ (H7)

Nõustamise korraldusega seotud vajadusi kirjeldav alakategooria moodustus 8 substantiivsest koodist. Mitmed uuritavad leidsid, et vajalik oleks spetsiaalselt nõustamisega tegelev inimene.

„...see võib-olla peakski olema, et on ka perearstikeskuses mingi diabeediõde või... kes spetsiaalselt tegeleb /.../ võib-olla tõesti keegi spetsiaalne nõustaja võiks perearstikeskuses olla, kes kohe spetsiaalselt nendega tegeleb...“ (T3)

Patsientide sõnul aitaks nõustamise paremale korraldamisele kaasa tehnoloogia rakendamine. Tehnoloogiasse panustamise näidetena toodi veebipõhiseid programme, audiosalvestusi, infovahetust meili teel ning ka nutikelli ja telefoniäppe.

„No mina panustaks ikka tehnoloogiasse hästi palju. Kui glükomeetritel oli juba aastaid tagasi saada programme /.../ ma ei tea üldse, kas arstid tahavad seda muutust üldse ette võtta, kas nad ikka tahavad näha pidevalt...pidevalt näiteks oma südamehaige patsiendi elulisi näitajaid kuskilt arvutist või ei taha, see on siuke lisatöö jälle.“ (T4)

„...milleks see kõrgevaliteetset tööjõudu kasutada andmete sisse toksimiseks? Ma olen kuulnud, ma ei ole küll ise kogenud, näiteks Soomes pidi olema samamoodi, et võetakse diktofoni peale ja siis see vastava ettevalmistuse saanud inimene toksib need sisse ja ongi kõik“ (T6)

Mõned uuritavad leidsid, et vajalikud oleks personaalsed nõustajad, et tagada individuaalne põhjalik nõustamine. Rõhutati, et nõustamine peaks olema vabatahtlik ja efektiivse nõustamise tagamiseks peaksid selleks eelnevalt valmistuma nii nõustaja kui nõustatav.

„Ma ei teagi, kas me peaks nagu igale kroonilisele haigele nagu personaalse nõustaja määrama? Nii nagu perearst on tuhandele inimesele, ilmselt kuidagi ei mängi välja.“ (T4)

„Jah et noh vot, ma ei oska öelda nüüd, et ... võiks olla, aga mitte äkki sundkorras nõustamine, et võib-olla kui inimene tunneb ise vajadust...“ (H7)

„Seda ka kindlasti jah, selleks ongi... jälle võimalus, et jälle kui sa tuled arsti juurde, kirjuta siis enne küsimused üles. Mina olen aeg-ajalt teinud niimoodi. /.../ Selles mõttes on siin kõik kuidagi niimoodi organiseeritud, et mingit muret nagu selle asjaga ei ole.“ (T3)

Mitmed uuritavad leidsid, et üheks sobivaks nõustamise vormiks oleks grupinõustamine, mis aitaks ratsionaalsemalt kasutada nii aja- kui inimressursse, samuti saaksid patsiendid grupis omavahel kogemusi jagada. Tõdeti aga ka seda, et igähele ei pruugi grupinõustamine sobida.

„Teine asi on see, et võib-olla nõustamine olenevalt inimesest, kuskil kaks-kolm inimest nii-öelda selle nõustajaga saaksid suhelda ja ka mitte niimoodi, et üks peab loengut ja teised /.../ No jah, ja mitte suure grupiga. Sellepärast, et näiteks mina olen jälle niisugune jurakas, et ma ei sobi grupi sisse, mulle niisugune grupinõustamine nagu mulle ei sobi. /.../ Just niisugused nüansid, et see oleneb, kuidas need inimesed koos, kooslused nii-öelda koos töötama hakkavad, see on väga raske küsimus.“ (H4)

Üks uuritav leidis, et kasutada võiks varasemat kogemust, kus patsiendil oli võimalik saada erinevaid tervishoiuteenuseid ühes tervisekeskuses. Tõdeti aga, et sageli osutub piiravaks teguriks finantsressursside puudumine.

„...peaks olema niikui vanasti oli, siis oli polikliinikute süsteem, ma ütleks kolmetasandiline süsteem, olid ühesõnaga siis need rajooniarstid ja siis olid polikliinikutes need eriarstid, olid südamearstid ja kõik, ühesõnaga ta suunas sinna. /.../ Vot ideaalsel juhul oleks niimoodi, et ...et peaks olema niuksed, ütleme üks tase kõrgemal kui perearst on... niuksed kompleksarstid, kelle juures mul on palju probleeme, et sa saad seal neid rääkida ja analüüsida, aga /.../ kui minu käest küsitakse, mida teha oleks vaja, siis on ainult raha juurde vaja ja see paneb paljud asjad paika ...“ (T6)

4.2.2 Individaalsusest lähtuvad vajadused

Ülakategooria „Individaalsusest lähtuvad vajadused“ moodustub neljast alakategooriast - usaldusliku suhte vajadus, hooliva suhtumise vajadus, personaalse lähenemise vajadus, motivatsiooni tekitamise vajadus (tabel 8).

Tabel 8. Individuaalsusest lähtuvaid vajadusi iseloomustavad substantiivsed koodid ja neist moodustunud alakategooriad

Usaldusliku kontakti loomine Turvatunne Vastastikune usaldus Enese avamine Usaldus inimeseni jõudmiseks Usalduse teenimine Inimese usk sinusse Ebameeldivate teemade käsitlemine	Usaldusliku suhte vajadus	Individuaalsusest lähtuvad vajadused
Ära kuulamine Huvi tundmine Soojus Sõbralikkus ja headus Silmside Inimese tundmaõppimine Intuitsioon Suhtlemisoskus Hirmutamine/käskimine ei sobiks Patsiendile tähelepanu pööramine	Hooliva suhtumise vajadus	
Konkreetselt inimesest lähtuv Eripäradega arvestamine Aktsepteerimine Vajadus koduviitideks Analüüsi vastuste tõlgendamine Konkreetsed korraldused	Personaalse lähenemise vajadus	
Hirm tuleviku ees Panustamine järeltulijate heaolusse Tervise säilitamine Tervisliku seisundi paranemine Pikem eluiga Mõtlemise muutumise sisendamine Suunamine Kõrvaltvaataja pilk Probleemi tõsidus Motivatsiooni tugevdamine Regulaarne kontroll Kaaslase tugi Unistuste täitumine	Motivatsiooni tekitamise vajadus	

Usaldusliku suhte vajadust kirjeldav alakategooria moodustus 8 substantiivsest koodist. Enamus uuritavaid pidasid oluliseks usaldusliku kontakti loomist. Usaldust peeti tähtsaks, sest see annab kindlustunde ja pakub turvatunnet.

„...Oluline on nõustamise puhul ikka on oluline see, et tekiks selline ju ...noh, inimesel tekiks mingi side nõustajaga, et ta hakkaks nagu usaldama teda. Aga selleks, et usaldada nõustajat, peab nõustaja hästi professionaalne olema /.../ ideaalne oleks ikkagi see, kui nõustajal tekiks selline isiklik side ja pikaajaline mõjutusvõimalus selle inimesega ikkagi...“ (T4)

„Et kui ta ütleb mulle ka mingisuguse koleda asja, siis sinna järgi peab tulema see, et olge rahulik, me saame teid aidata. See on siuke hästi tähtis lause minu jaoks. /.../ See annab seda mingisugust, et ma ei vaju kuhugi põhja, et ma jään ikka ulpima, mind saadakse noh... et ma ei... et see on minu jaoks see on tähtis.“ (T3)

Mitmete uuritavate sõnul on vajalik, et usaldus oleks vastastikune, selleks peab inimene ennast avama. Toodi välja, et inimeseni jõudmiseks on vaja usaldus teenida ja peab inimesesse uskuma. Usaldusliku suhte korral on lihtsam ka ebameeldivate teemade käsitlemine.

„... et niisuke, noh üksteist... just eelkõige avatud, üksteist usaldav selline... et sa julgeks nagu rääkida kõigest jaa ja samas sa saaksid ise ka vastu...“ (H6)

„See et inimesteni jõuda, see on... inimene peab sind usaldama. Kuidagi peab selle usalduse teenima, aga ma ei kujuta ette, see pole tänapäeval üldse lihtne. Aga see, et see teenida nii-öelda see usaldus, see ei ole ühe päeva töö, see on selles mõttes ikka mingi pikem protsess, kas sa jõuad sinna üldse. /.../ Oluline on ju ka see, et inimene usub sinusse. Kui ei usu, siis sa võid ju talle mida iganes ju vahutada.“ (T2)

Hooliva suhtumise vajadust kirjeldav alakategooria moodustus 10 substantiivsest koodist. Patsiendid on vajanud, et neid hoitaks ja ära kuulataks. Oluliseks on peetud vastastikust kuulamist, ka patsiendid kuulavad tervishoiutöötajat, väljendades hoolivat suhtumist.

„et mind ka hoitakse ja tähelepanelikult kuulatakse ja /.../ et ära kuulatakse ikka ilusti ja... mis patsientki räägib /.../ kuulab noh mind ära ja...“ (H2)

Patsiendid on pidanud ka oluliseks, et nende vastu huvi tuntaks. Neile on tähtis osavõtlikkus, et küsitaks nii nende enesetunde kui eluolu kohta.

„...peab küsima, mis teid vaevab, et te olete kurb või et teil on paha olla või... mis teid vaevab eksju /.../ ja kui ma lähen kabinetti, siis ta paneb mu istuma, küsib milles probleem on, kust sul valutab, mõõdame vererõhku, millal sulle on analüüse tehtud ja siis räägime minu probleemidest...“ (H3)

Mitmed uuritavad väärtustasid soojust, sõbralikkust ja headust ning pidasid oluliseks, et nõustaja hoiaks nendega silmsidet. Toodi ka välja, et tähtis pole mitte niivõrd see, mida öeldakse, vaid just toon ja ütlemissviis, kuidas seda patsiendini tuuakse.

„Väga oluline, eriti noh, noored ei pane seda tähele, aga mida vanemaks saad, seda rohkem sa vajad seda soojust ja seda, et sind võetakse sellisena nagu sa oled. /.../ Aga kui ma lähen arsti juurde, arst võiks mulle silma vaadata, samamoodi õde, õde vaatab mulle silma, ta ei tegele oma asjadega, ta kuulabki mind.“ (H3)

„...Ma lähen sinna, ma tean ta räägib minuga sõbralikult kõik, no siukest... sõbralikku suhtumist tahan aga... aga kui on vaja midagi halvasti öelda, siis võiks seda nagu mitte riieldes teha. Mitte järsult ühesõnaga.“ (H6)

Mitmed uuritavad olid seisukohal, et nõustaja peaks neid kõigepealt tundma õppima ning nõustaja peab olema hea inimestetundja teadmaks, kes vajab leebemat, kes rangemat lähenemist.

„selleks peab ikka tähendab tundma inimest /.../ peab ikka tundma, mis suunas temal ikka nõu vaja anda on.“ (T1)

„...noh kui ideaalne, siis peab esiteks olema väga hea inimestetundja, sest kui sulle tuleb patsient, siis ühele meeldib, kui talle aetakse moosijuttu, teisele tuleb peale hüpata ja rangelt nõuda jaaja hirmutadagi võib-olla mõnda jaaja ... eks see sõltub ikka täpselt sellest...” (T6)

Patsiendid on hooliva nõustamise juures pidanud vajalikuks intuitsiooni ja suhtlemisoskust. Rõhutati, et tervishoiutöötaja peab oskama käituda igas olukorras.

„...peab olema niisugune vaist kohe, et mis suunas küsimusi panna, et selgitada niimoodi välja, et millist nõu see inimene vajab üldse, sest muidu läheb see nõu andmine täitsa rappa.” (T1)

„Just, suhtlemisoskus on see põhiline. /.../ Aga muidugi kui ma ise lähen ja mühisen seal, et noh arst vaatab, et sellega pole ju midagi teha. Aga tema peab jääma alati arstiks. Mina võin mühiseda seal niipalju kui tahan. /.../ Kui sa oled arst, siis sa pead oskama ka käituda.” (H3)

Patsiendid on vajanud, et neile pöörataks tähelepanu ja olnud seisukohal, et neile hirmutamine ja käskimine ei sobiks.

„Et mulle pööratakse tähelepanu. Et ma pole jäetud oma haigusega üksi teatud mõttes. /.../ Ja seda ma armastan. Ma olen eluaeg... et mulle on vaja tähelepanu. Ja ma tunnen seda, ma tunnen seda, et mulle on vaja tähelepanu (rõhutab). Jah... teiste abistavat sõna või...” (T5)

„... on ju arste, kes nagu... nad ei rahusta, vaid nad nagu räägivad, et aga kui sa nüüd seda ei tee, vaata siin on tüsistused on kõik siin /.../ et siis... ma arvan, et see mõjuks mulle palju hullemini, kui ma teaks, mis need tagajärjed kõik võivad olla, kui ma nüüd seda ei tee.” (H6)

Personaalse lähenemise vajadust kirjeldav alakategooria moodustus 6 substantiivsest koodist. Enamus uuritavaid olid seisukohal, et iga inimene on erinev ning nõustamine peaks arvestama patsientide eripärasid ning lähtuma konkreetsest inimesest.

„Võib-olla ühel inimesel on ühtmoodi, teisel on teistmoodi, kolmandal kolmandat moodi /.../ sellepärast ikka peabki see lähenemine olema ikka täiesti individuaalne /.../ ega ei ole kahte ühtmoodi inimest /.../ ega ühtmoodi elustiili ka ei ole tähendab. Igaühel on omamoodi stiil ja tuleb leida siis sellele sobiv stiil, tähendab, mis sobib sellele inimesele.” (T1)

„Just täpselt individuaalsus ikkagi. Sa ei saa kõigile ühtmoodi läheneda. Ei saa, mõni ei kuulagi sind üldse, mõni tahab hoopis teistsugust juttu kuulata ja ma arvan no individuaalsus, see on ju tegelikult elementaarne ikka minu arust nii arsti kui patsiendi suhtes.” (T3)

Patsiendid on vajanud, et neid aktsepteeritaks sellistena, nagu nad on.

„Täpselt selline nagu ma olen, kui minu pere mind võtab sellisena nagu ma olen, mu töökaaslased võtavad mind sellisena nagu ma olen eksju, loomulikult mul on probleem, ma näen seda isegi. Aga sa ei pea seda veel nagu noh, kuidas ma ütlen, suuremaks ajama või veel /.../

Vahet ei ole, milline ma olen – kas ma olen 50, 100 või 150 kilo kaalun eksju. /.../ Ma tulin ju teie juurde, ma tulin ju tema juurde. Ma vajan abi.“ (H3)

Üks uuritav leidis, et vajalik võiks olla koduvisiitide tegemine, mis võimaldaks patsiendiga personaalselt tegeleda koduses keskkonnas.

„... pole ka aega selleks, neil on nii palju tegemist selleks, et nad ei suuda seda. Tuleks võib-olla nende koormust vähendada, et nad saaksid tutvuda iga oma patsiendiga ootamatult isegi, et vaadata, kas mõjutada, kui on näha, et ta vale stiiliga elab tähendab, nii-öelda anda talle siis juba koduses miljöös soovitusi. Et võib-olla see aitaks inimestele kõige paremini.“ (T1)

Patsiendid on pidanud vajalikuks ka nende analüüside vastuste tõlgendamist ja konkreetsete korralduste jagamist. Kui mõned patsiendid väitsid, et neile hirmutamine ei sobiks, siis teistele vastupidi mõjuks hirmutamine ja väga täpsed ettekirjutused ning karmim kontroll.

„...kui ma tulen kas arsti või õe vastuvõtule, siis ta minuga ju tegelebki konkreetset minunumbrite ja minu analüüside ja asjadega /.../ tegeldakse konkreetset minuga, minu numbritega, minu kas probleemiga või siis soovitustega, mida võiks edasi teha, ikkagi jälgida.“ (T3)

„...et keegi ütleks mulle: „Nii (nimi), nüüd paned selles suhtes suu kinni ja seda ei söö!“ /.../ Konkreetsed korraldused. Vot kui sina nüüd praegu seda ei tee, siis sa kuu aja pärast sured ära. Et mul oleks sellist hirmu vaja (naerab). /.../ Ma arvan, et mulle toimiks see.“ (H3)

Motivatsiooni tekitamise vajadust kirjeldav alakategooria moodustus 13 substantiivsest koodist. Patsiendid on välja toonud, et hirm tuleviku ees motiveerib neid muutuma.

„Mul vanaemal olid liigesed hästi haiged...jaa...ilmselt mind ootab see kõik veel ees, miskipärast ma arvan, et... ikkagi tervis ilmselt, sellepärast et olgem ausad, lõpmatuseni süüa ei saa /.../ ja kuna ta noh, praegu ei ole nagu selles mõttes nagu probleem onju... aga kunagi ei tea, et kord on sind ta nii-öelda külastanud juba, siis ega pole välistatud, et ta tagasi tuleb.“ (T2)

Patsiente motiveerib muutusi tegema ka panustamine järeltulijate heaolusse. Mitmed uuritavad soovisid oma lapselapsi kasvamas näha. Enamus uuritavaid on välja toonud, et neid motiveerib tervisliku seisundi paranemine ja tervise säilitamine ning pikem eluiga.

„Sest et noh, sa pead nad ju ikkagi kuskile maale välja aitama. Siis sa pead ise ka jaksama. Kui sa ise ei jaksa, mis need lapsed siis teevad? Kus nad lähevad või mis neist saab niiviisi? Eks lapsed ongi suur motiveerija ju tegelikult.“ (T2)

„...Et ikka veel saaks kauem elada, et nii ruttu veel ei tuleks elu lõpp ja tervis ikka ei veaks alt /.../ ma tahan veel näha, kui mu lapsed koolis hakkavad käima ja...jne jne...“ (H2)

Mitmed uuritavad on motiveerimiseks vajanud suunamist ja pidevat meeldetuletamist.

„Et kuidas sisendada inimesele seda, et ta mõtleks oma tervise peale rohkem /.../ kui inimestel sellist suunamist ei ole, siis inimesed millegipärast lähevad ükskõikseks /.../ unustavad kõik ära tähendab, see pidev meeldetuletamine ikka ergutab inimesi...“ (T1)

Mõned uuritavad on kasulikuks pidanud ka kõrvaltvaataja pilku. *„... kõrvalt inimene näeb kõige paremini, mida on vaja teha. Ise nagu ei märkagi, mis viga on ja mis suunas Sa liigud.“ (T1)*

Mõned uuritavad leidsid ka, et motiveerimiseks on vaja mõtlemise muutumise sisendamist. *„Jah, et ilmselt see, kes seda nõustamist teeb, peab olema väga hea see motivaator või asi, mis paneb inimese mõtlema teistmoodi.“ (T2)*

Patsientide sõnul tekib motivatsioon muutuseks siis, kui probleem on juba tõsine ning sel juhul tuleb seda motivatsiooni tugevdada. Motivatsiooni hoidmiseks on vajalik regulaarne kontroll.

„Jah, mul peab siis tõesti peab olema probleem nii suur, et ma ei saa ise hakkama, et siis ma lähen sinna ja siis noh...“ (T2)

„Seda hetke tuleks nagu ära kasutada, kui inimesel ongi see hästi tugev motivatsioon, et nüüd ma hakkame oma elustiili muutma, siis tuleks talle anda võimalikult palju nagu tuge.“ (T4)

„Et kontrollite ise ja käite analüüsi andmas ja hoiame nagu kontrolli peal kogu aeg, no siis ei teki inimesel seda hirmu ka, et mis nüüd juhtub et läheb käest ära või kontrolli alt välja, et siukene arstipoolne selgitus ka et /.../ et siis kas kolme või kuue kuu tagant...“ (T3)

Patsiendid on väitnud, et neile mõjuks motiveerivalt kaaslase tugi ja suureks motivaatoriks oleks ka unistuse täitumine.

„...võib-olla kahekesi, lepime nüüd kokku, et hakkame nüüd käima eksju ja siis vaatame, palju sina võtsid ja palju mina võtsin, vot tekib nagu mingisugune hasardi moodi. A kui ma nüüd üksinda pean siin toimetama - tühja ka, täna on hea toit laual, täna sööme eksju...“ (H6)

„Tema tahtis sajaseks, jäi mõni aasta puudu, mõtlesin, et ma täidan selle unistuse, keegi võiks suguvõsas ikka sajaseks elada /.../ see on ilus, kui inimene oma unistuse suudab ära täita.“ (H8)

5. ARUTELU

Käesolev uurimistöö aitab selgitada patsientide vaatenurki elustiili nõustamisest, et seeläbi võiks elustiili nõustamine perearstikeskustes olla tulemuslik ja patsiendikeskne. Ka Eesti õenduse ja ämmaemanduse arengustrateegia 2011–2020 (2011) arengusuundadeks on muuhulgas tervishoiuteenuste patsiendi- ja perekesksus ning kvaliteet. Kirjanduse põhjal on patsientide kogemustest elustiili nõustamisest vähe teavet, seetõttu valiti uurimistöö läbiviimiseks kvalitatiivne uurimismeetod. Andmeid koguti poolstruktureeritud intervjuuga, 15 intervjuu läbiviimise järgselt enam uut teavet ei lisandunud ning oli moodustunud küllastunud andmebaas.

Uurimistöö eetiliseks läbiviimiseks taotles uurija nõusoleku Tartu Ülikooli Inimuuringute Eetika Komiteelt (lisa 3). Uuritavatel paluti allkirjastada informeeritud nõusoleku vorm (lisa 2), milles selgitati uurimistöö olemust ja eesmärki ning teavitati, et uurimistöös osalemine on vabatahtlik ja anonüümne ning soovi korral võib osalemisest loobuda. Anonüümsuse tagamiseks ei ole uurimistöös kasutatud uuritavate nimesid, vaid ainult uurijale teadaolevaid koode. Tsitaatide esitamisel andmestikust on jälgitud, et seal ei oleks inimeste ega kohanimed, et uuritavad ei oleks tsitaatide põhjal äratuntavad. Intervjuude salvestistele ja nende transkriptsioonidele on ligipääs ainult uurijal ning need hävitatakse magistrیتöö kaitsmise järgselt. Anonüümsuse tagamiseks ei olnud uuritavatel omavahel kokkupuudet ning intervjuu läbiviimise ajal oli uuritav uurijaga kahekesi. Anonüümsuse tagamisele aitas kaasa ka uuritavate valik Tallinnast ja Harjumaalt, kus on suurim perearstinimistute arv. Uurija hinnangul eetilisi probleeme uurimistöö käigus ei tekkinud.

Uurimistöö usaldusväärsuse tagamiseks kirjeldati detailselt analüüsi protsessi ja tulemuste esitamist, tagamaks selget arusaama analüüsi läbiviimisest. Samuti demonstreeriti kodeeritud tsitaatidega sidet andmebaasi ja tulemuste vahel. Tsitaatidesse lisati sulgudes ka uuritava emotsioonid (naerab), et anda paremini edasi uuritava tundeid ja emotsionaalsust. Andmete analüüsimise käigus arutati juhendajaga substantiivsete koodide sõnastust ja sobivust kategooriatesse ning kategooriaid tutvustati ka ühele õendusala spetsialistile, et hinnata nende arusaadavust ja loogilisust. Subjektiivsuse vältimiseks püüdis uurija vältida uuritavate suunamist isiklike mõtete ja kehakeele abil. Selleks jälgis uurija ennast kriitiliselt kogu protsessi jooksul ning tegi intervjuu käigus märkmeid. Uurija kasutas peegeldamise tehnikat, et tagada, kas uuritavast saadi õigesti aru, sõnastades uuritava mõtte teiste sõnadega uurijale. Vääritlemistamise välistamiseks lisas uurija täpsustavaid küsimusi. Kõik uurimistöös kasutatud teiste autorite allikad on viidatud tekstis ja toodud välja kasutatud kirjanduse loetelus tähestikulises järjekorras.

Uurimistöö kitsaskohtadena võib välja tuua, et uurijale oli kvalitatiivse uurimistöö läbiviimine – andmete kogumine poolstruktureeritud intervjuuga ja andmete analüüsimine induktiivse sisuanalüüsi abil - esmakordne kogemus ning intervjuude läbiviimisel oleks uurija pidanud rohkem meeles pidama uurimistöö eesmärki ja ülesandeid ning uuritavaid teemast kõrvale kaldumise puhul rohkem teemasse tagasi juhtima. Seetõttu osutus kogutud andmebaas mahukaks ning ka andmete analüüsimisel valis uurija analüüsimiseks mitte ainult teemakohaseid ühikuid, vaid kõike teemaga haakuvat. Uurijal oli raske eristada, mis käsitleb uuritavate kogemusi ja vajadusi ning mis on üldised teemaga kaudsemalt haakuvad arvamused ja hinnangud. Samuti kaldusid uuritavad intervjuu käigus vahel kõrvale uurimistöö kontekstist – nõustamisest perearstikeskustes. Selle vältimiseks esitas uurija küll vahele täpsustavaid küsimusi nõustamise osutaja kohta, kuid ei saa välistada, et tulemustesse võis sattuda nõustamiskogemusi eriarstiabi valdkonnast, nõustamiskabinettidest või diabeediõe poolt. Kitsaskohana võib veel välja tuua, et uurija küll alustas andmete analüüsiga kohe esimese intervjuu tegemise järgselt, kuid kuna intervjuud viidi läbi suveperioodil, siis sattus osa intervjuusid lühikesele ajavahemikule ning uurija ei jõudnud kõiki intervjuusid kohe analüüsida. Selle tagajärjel võisid mõned vahetud nõustamisel kogetud emotsioonid ja üksikasjad ununeda, mis võis mõjutada analüüsi protsessi.

Poolstruktureeritud intervjuu puhul hakkasid segama ka intervjuu küsimused, mistõttu intervjuusid lugedes hakkas uurija neid kohe mõttes paigutama küsimuste kaupa kategooriatesse, mis ei ole iseloomulik induktiivsele sisuanalüüsile, vaid deduktiivsele sisuanalüüsile. Seetõttu tuli andmete analüüsimisega alustada otsast peale, lihtsustatud väljendeid ribadeks lõigates ja neid ümber paigutades sobivaid substantiivseid koode otsides. Andmebaasi suure mahukuse tingis ka see, et uuritav valdkond oli lai – uuriti nii patsientide kogemusi kui vajadusi. Samas moodustasid need terviku – patsiendid said rääkida oma senistest kogemustest seoses elustiili nõustamisega ning sellest, mida nad nõustamisega seoses edaspidi vajaksid. Samuti annab see terviklikuma pildi praktikasse rakendatavuse ja uute uurimisprobleemide tuletamise osas.

Uurija soovis erinevate kogemuste peegeldamiseks valida uuritavateks nii ebatervislikust elustiilist tingitud kroonilisi haigusi (teist tüüpi diabeet, hüpertooniatõbi) põdevaid patsiente kui suure südame-veresoonkonnahaiguste riskiga ($\text{SCORE} \geq 5\%$) patsiente, kellel ei ole diagnoositud südame-veresoonkonnahaigusi ega diabeeti. Suure südame-veresoonkonnahaiguste riskiga ($\text{SCORE} \geq 5\%$) patsientidel oli aga võrreldes teiste intervjuueeritavatega vähem kogemusi elustiili nõustamisest ja puudus visioon, millist nõustamist nad võiksid veel vajada.

Uurimistöö kitsaskohaks on ka asjaolu, et üheks uuritavate valiku kriteeriumiks oli uurija ebapiisava vene keele oskuse tõttu eesti keele valdamine ja uuritavad olid ainult eesti keelt

kõnelevad patsiendid, seega kehtivad tulemused eesti rahvusest patsientidele. Erineva emakeelega patsientide kogemuste ja vajaduste uurimine oleks ilmselt võimaldanud mitmekesisemaid vaatenurki elustiili nõustamisele, näiteks keelebarjääri mõju nõustamise efektiivsusele. Kvalitatiivse uurimistöö puhul võib kitsaskohana nimetada ka seda, et tulemusi ei saa üldistada kõikidele perearstikeskustele ega ka teistele esmatasandi tervishoiu valdkondadele, kus tegeletakse elustiili nõustamisega. Sellegipoolest loodab uurimistöö autor, et ka teiste perearstikeskuste tervishoiutöötajad ning nõustamisega tegelevad esmatasandi tervishoiu spetsialistid saavad antud tööst ideid ja soovitusi nõustamisteenuse parendamiseks.

Sagedamini esinevateks elustiilist tingitud kroonilised haigused on lisaks südame-veresoonkonnahaigustele ja teist tüüpi diabeedile ka kasvajalised haigused ja kroonilised kopsuhaigused, kuid uuritavateks valiti vaid teist tüüpi diabeeti ja hüpertooniat põdevad patsiendid ning suure südame-veresoonkonnahaiguste riskiga (SCORE > 5%) patsiendid. Valiku tingis asjaolu, et perearsti kvaliteedisüsteemis on eelpool nimetatud sihtgrupile ette nähtud nõustamisteenus, mis võimaldas leida uuritavad, kes vastaks olulisele kvalitatiivse uurimistöö uuritavate valiku kriteeriumile – uuritavatel peab olema piisavalt informatsiooni teema kohta (DiCicco-Bloom ja Crabtree 2006, Turner 2010). Uuritavad käsitlesid intervjuude käigus kõiki elustiilist tingitud krooniliste haiguste olulisemaid riskitegureid – ebatervislikku toitumist, ülekaalulisust ja ebapiisavat füüsilist aktiivsust, vähemal määral räägiti suitsetamisest ja alkoholi liigtarvitamisest. Uurija täheldas, et suitsetamisest ja alkoholi tarvitamisest rääkisid pigem suure südame-veresoonkonnahaiguste riskiga (SCORE > 5%) patsiendid, samas kui krooniliste haigustega patsiente puudutasid rohkem toitumist, liikumist ja ülekaalu puudutavad teemad.

Käesoleva uurimistöö tulemustena selgus, et patsientidel on elustiili nõustamisega seoses erinevaid kogemusi, mis käsitlesid nõustajaga, nõustatavaga ning nõustamisprotsessiga seotud kogemusi. **Nõustajaga seotud kogemustest** toodi välja kogemusi nii nõustaja isiksusega kui nõustaja professionaalsusega. Tervishoiutöötaja puhul on kindlasti oluline professionaalsus, kuid sama tähtsad on nõustaja isikuomadused, sest Walseth jt (2011) sõnul kogevad patsiendid tervishoiutöötajat kui spetsialisti ja hoolivat inimest samal ajal, mis mõjub motiveerivalt. Nõustaja isikuomadustest tõid uuritavad välja sõbralikkust, tähelepanelikkust, sümpaatiat ja vastutulelikkust. Tunnustati ka, et nõustajad on abivalmid, julgustavad, toetavad ja aktsepteerivad neid, aktsepteerimise ja toetuse tähtsust on nimetanud ka Brobeck jt (2014).

Käesolevas uurimistöös osalenud patsiendid olid kogenud, et nõustamisel on oluline inimeste omavaheline sobivus ja inimlikkus. Samuti pidasid intervjuueeritavad positiivseks, kui nõustaja on tuttav inimene, mis aitab kaasa vabama õhkkonna loomisele. Ka Persson ja Friberg (2009)

ning Brobeck jt (2014) on välja toonud, et patsiendid soovisid siirast ja avameelset dialoogi, et saavutada ühist arusaamist. Professionaalsuse aspektist tõid uuritavad välja, et nõustaja on spetsialist, kes oskab oma tööd teha, keda saab usaldada, kes leiab aega patsiendi jaoks ja annab valikuvõimalusi. Samas olid mõned patsiendid kogenud ka seda, et neid ei ole eriti nõustatud ning mitmed uuritavad tõid välja, et ei ole süvenetud ega osatud motiveerida. Uuritavad ise nimetasid võimaliku põhjusena pigem visiidi pikkust ja töökoormust kui nõustamisoskuste puudumist. Uuriija seisukohalt on need kindlasti olulised mõjutegurid, kuid lisaks tuleks tähelepanu pöörata ka töökorraldusele ja nõustajate motivatsioonile.

Nõustatavaga seotud kogemustest tõid kõik uuritavad välja isikliku vastutuse kogemist. Patsiendid kogesid, et on ise vastutavad elustiili muutmise ja ebatervisliku elustiili tagajärgede eest, isikliku vastutuse tunnetamist on välja toonud ka erinevad autorid (Brown jt 2006, Persson ja Friberg 2009, Milleri ja Marolen 2012, Brobeck jt 2014, Wermeling jt 2014). Uurimistöös osalenud patsiendid on kogenud, et nõustaja annab küll soovitusi, kuid lõpliku otsuse teeb patsient ise, mis ühtib ka Carlford jt (2012) seisukohaga, et õed aktsepteerivad patsiendi autonoomiat, sest otsuse muutmiseks teeb patsient. Patsiendid tõdesid, et elustiilis muutuse tegemiseks on vaja see teema enda jaoks lahti mõtestada ning nad peavad ise muutusteks valmis olema, et tervishoiutöötaja neid üldse aidata saaks. Uuriija arvates ilmneb siit üks oluline põhjus, miks nõustamised ei pruugi alati olla efektiivsed, nimelt väidab ka Jansink jt (2010), et õdedel oli raskusi patsiendi muutuse astme määramisega. Kui nõustaja seab patsiendile muutmiseks liiga kõrgeid ootusi, milleks ta valmis ei ole, tekitab see vastuseisu. Seetõttu oleks vajalik pakkuda tervishoiutöötajatele motiveeriva intervjuu meetodikal põhinevaid nõustamise koolitusi, mis võimaldaks hinnata patsiendi muutuse astet ning sealt edasi pakkuda juba sobivat ja asjakohast toetust muutuste astmetel edasi liikumiseks.

Suuremat osa uuritavatest on motiveerinud lähedastelt saadud toetus, samas tõid mõned uuritavad välja, et nad ei ole lähedastelt toetust saanud ning on pidanud ise tugevad olema. Lähedaste toe osas on vastuolulisi kogemusi välja toodud ka kirjanduses - Vermunt jt (2011) sõnul peavad patsiendid sotsiaalset toetust oluliseks, samas kui Wilcox jt (2010) ning Brobeck jt (2014) uuringutes oli sotsiaalne tugi harva nimetatud ning võis osutada isegi pigem takistavaks teguriks. Uuriija nõustub seisukohaga, et vaatamata lähedaste toe vajalikkusele võib nende liigne hoolitsemine põhjustada pingeid ning lihtsam on avatud kontakti leida neutraalse kõrvalseisjaga, kelleks võib olla tervishoiutöötaja.

Nii kirjanduses kui intervjuudes on välja toodud erinevaid barjääre, mis takistavad muutuste elluviimist. Uurimistöös osalenud patsiendid nimetasid vabandustena ajapuudust ja laiskust,

takistustena nimetati ka motivatsioonipuudust ja järjepidevuse kadumist. Ka Miller ja Marolen (2012) väidavad, et peamiste barjääradena elustiili muutmisel kogesid patsiendid ajapuudust, motivatsioonipuudust ja laiskust. Patsiendid on väitnud, et kui oleks motivatsiooni, siis suudaks nad eesmärgi püstitada, kuid motivatsiooni puudumise tõttu jätkuvad sissejuurdunud harjumused. Sageli muutustega alustatakse, kuid raske on saavutada regulaarseid liikumis- ja toitumisharjumusi. Uuri ja näeb siin taaskord vajadust motiveeriva intervjuu koolituste järele, mis õpetaks tervishoiutöötajatel patsiendis olevat motivatsiooni välja tuua ja seda tugevdada. Rollnick jt (2011) andmetel on motivatsioon patsiendis endas olemas, tervishoiutöötaja osaks on temas peituv motivatsioon esile kutsuda. Püsivate muutuste elluviimiseks oleks vajalik ka töökorralduses tagada nõustamise järjepidevus, et nõustamine ei jääks ühekordseks visiidiks.

Nõustamisprotsessiga seotud kogemustest kirjeldasid patsiendid muuhulgas nõustamise korraldusega seotud kogemusi. Patsiendid on kogenud nõustamist nii õe kui arsti poolt, mõned patsiendid väitsid, et nõustab rohkem õde kui arst, teised seevastu, et nõustab rohkem arst kui õde. Toodi välja, et vestlused õdedega on üldiselt eluolulistel teemadel ja õe nõuanded lähtuvad pigem protseduuridest. Patsientide kogemustest selgus ka, et täpselt ei teata, milline on pereõdede vastutusala, mis võib olla ka põhjuseks, miks patsiendid soovivad pöörduda pigem arsti kui õe vastuvõtule. Uuri ja on seisukohal, et pereõed võiksid tegeleda rohkem elustiili nõustamisega, sest ka Van Dillen ja Hiddink (2014) väidavad, et õdede osa elustiili nõustamisel krooniliste haigustega toimetulekuks on üha suurenev.

Uuritavad olid seisukohal, et nõustamine oleneb haigusest, sisaldab nii toitumist ja liikumist kui rahustamist, samuti on olulisel kohal patsiendiõpetus – info jagamine, ravimite manustamise ja veresuhkru jälgimise õpetus. Uuri jale oli üllatuseks, et mitmed uuritavad nimetasid nõustamise olulise teemana rahustamist, samuti peeti oluliseks nõustamist töö ja puhkuse osas. Seda võib pidada ka uudseks informatsiooniks, kuna rahustamist elustiili nõustamise teemana ei ole varasemates uurimistöödes välja toodud.

Nõustamise tulemusena olid patsiendid teinud muutusi elustiilis, põhiliselt toodi välja dieedi korrigeerimist ja liikumise alustamist. Patsiendid suutsid nõustamise tulemusena saavutada eesmärgi kaalulangetamises, kinni pidada ravimite võtmise režiimist ja rangelt dieeti pidada ning regulaarselt toituda. Lisaks tõid uuritavad tulemustena välja mõtteviisi muutust, teadlikkuse ja tahtejõu suurenemist ja enesekindluse ning enesetunde paranemist. Püsivate tulemuste saavutamiseks aga oleks vajalik jätkuv toetus, et vältida võimalikke tagasilööke, mida kinnitavad ka Jansink jt (2009) ja Vermunt jt (2011).

Uurimistöös osalenud patsientidel oli ka kogemusi ebatõhusate soovitustega. Patsiendid kogesid, et soovitusel on liiga üldistatud ja soovitati üldlevinud asju, mida ei põhjendatud ning sellised üldised soovitusel ei toimi. Patsiendid on välja toonud, et lihtsalt info jagamine ei motiveeri ja on oht anda liigset infot. Uuriia peab seda oluliseks teabeks, kuna ka kirjanduse põhjal lihtsalt üldlevinud informatsiooni vahendamine ei vii muutusteni (Poskiparta jt 2006, Lambe jt 2008, Strong ja Nielsen 2008, Wermeling jt 2014). Seega oleks vaja efektiivsemaid patsiendikeskseid nõustamismeetodeid, mida kinnitavad ka Poskiparta jt (2006) ning Hörnsten jt (2014). Nagu uuriia on juba eelpool nimetanud, võiks motiveeriv intervjuu olla sobiv meetod elustiili nõustamisel kasutamiseks, nagu ka Sargeant jt (2008), Brobeck jt (2014) ning Wermeling jt (2014) uurimistöodes on välja toodud.

Elustiili nõustamisega seotud vajadused patsientidel hõlmavad professionaalsusest lähtuvaid vajadusi ja individuaalsusest lähtuvaid vajadusi. **Professionaalsusest lähtuvatest vajadustest** toodi välja pädeva nõustamise vajadust. Patsiendid pidasid oluliseks, et nõustamine oleks regulaarne ja järjepidev. Uuritavad olid seisukohal, et algul võiks olla nõustamine tihedam ja edasi toimuda teatud intervallidega ning leiti ka, et ühekordne visiit ei ole tulemuslik, vajalik on pikemaajaline mõjutusvõimalus ja järjepidev kontakt. Patsiendid pidasid ka vajalikuks, et nõustamine oleks tulemuslik ja lähtuks patsiendi vajadustest. Seda väidavad ka Miller ja Marolen (2012), et nõustamise sessioonid oleks patsientidele kasulikumat, kui need läheks kaugemale nõu andmisest ja oleks innustavad, keskendudes patsiendi vajadustele.

Professionaalseks nõustamiseks on uuritavate sõnul vajalik koostöö oskus. Patsiendid peavad tähtsaks kaasamist ja ühiselt lahenduseeni jõudmist, koostööks vajalikuks peetakse ka oskust inimesele läheneda, oskust kuulata ja küsida. Patsiendid on välja toonud, et vajalik on keskenduda positiivsele ja tunnustada patsienti ning rõhutasid, et nõustaja ei tohiks anda isiklikke hinnanguid. Seda on välja toodud ka kirjanduses, näiteks Perssoni ja Fribergi (2009) sõnul hindasid patsiendid kõrgelt, kui neid ei koheldud süüdiolavana, vaid kui kahte täiskasvanut võrdsel tasemel.

Uuritavad vajasid põhjalikku nõustamist, neile oli oluline, et neid tähelepanelikult kuulataks ja süvenetaks. Patsiendid on jõudnud arusaamani, et tagajärgedega tegelemine ei kõrvalda probleemide põhjust ning kõige olulisema põhjuse leidmine ja sellega tegelemine võimaldaks lahendada ka kaasuvaid probleeme. Patsientide sõnul on vajalik nõustamise käigus soovitada erinevaid alternatiive. Valikuvõimaluste pakkumine võimaldaks patsiendil valida endale sobivaim viis elustiilis muutuste tegemiseks. Alternatiivide uurimist peavad tähtsaks ka Strong ja Nielsen (2008), kelle sõnul võimaldab see leida võimalusi ja lahendusi ning jõuda muutusteni.

Uuritavatel oli erinevaid vajadusi ka nõustamise korralduse osas. Patsiendid leidsid, et vajalik oleks spetsiaalselt nõustamisega tegelev inimene. Üheks sobivaks nõustamise vormiks oleks grupinõustamine, mis aitaks ratsionaalsemalt kasutada nii aja- kui inimressursse, samuti saaksid patsiendid grupis omavahel kogemusi jagada. Tõdeti aga ka seda, et igaühele ei pruugi grupinõustamine sobida. Ka uurija leiab, et kuna põhilise probleemi ja barjäärina elustiili nõustamise korraldamisel nimetatakse ajapuudust, siis võiks grupinõustamine olla üheks lahenduseks, mis aitaks kokku hoida nii aega kui nõustajate ressursi.

Individuaalsusest lähtuvatest vajadustest toodi välja usaldusliku suhte vajadust. Patsiendid pidasid oluliseks usaldusliku kontakti loomist, sest see annab neile kindlustunde ja pakub turvatunnet. Patsientide sõnul on vajalik, et usaldus oleks vastastikune, selleks peab inimene ennast avama, kuid inimeseni jõudmiseks on vaja usaldus teenida ja peab inimesesse uskuma. Usaldusliku suhte korral on lihtsam ka ebameeldivate teemade käsitlemine. Ka varasemates uurimistöödes osalenud patsiendid on kõrgelt hinnanud usaldusele toetuvat konfidentsiaalse suhte loomist (Brobeck jt 2014, Wermeling jt 2014).

Uuritavad tundsid ka vajadust hoolivaks nõustamiseks. Patsiendid on vajanud, et neid hoitaks ja ära kuulataks, et nende vastu huvi tuntaks, et nõustaja hoiaks nendega silmsidet. Ka Walsethi jt (2011) sõnul loob hea suhe patsiendi ja nõustaja vahel olukorra, kus patsiendid kogevad vaatamata tundlikele teemadele nõustamist hoolivust ja austust väljendavana. Patsiendid on hooliva nõustamise juures pidanud vajalikuks intuitsiooni ja suhtlemisoskust - tervishoiutöötaja peaks oskama käituda igas olukorras. Uuritavad on vajanud, et neile pöörataks tähelepanu ja olnud seisukohal, et neile hirmutamist ja käskimist ei sobiks. Hirmutavat taktikat on pidanud ebasobivaks ka Wermeling jt (2014) ning Brobeck jt (2014) uurimistöödes osalenud. Seevastu nii käesolevas uurimistöös kui Wermeling jt (2014) uurimuses osalenutele sobivad just konkreetseid korraldused ning ühe intervjuueeritava sõnul ta lausa vajaks hirmutamist, samas usub autor, et see on pigem erandlik näide. Uurija leiab, et tuleks hirmutamist ja käskimist vältida, kuna see põhjustab patsientides hoopis vastuseisu muutustele.

Uurimistöös osalenud patsiendid tundsid ka personaalse lähenemise vajadust. Uuritavad olid seisukohal, et nõustamine peaks arvestama patsientide eripärasid ning lähtuma konkreetsest inimesest ja et neid aktsepteeritaks sellistena, nagu nad on. Ka Perssoni ja Fribergi (2009) sõnul oli patsientidele tähtis, et neid võetaks unikaalse isiksusena, kellele konkreetset on sõnum suunatud. Uuritavad on pidanud vajalikuks ka nende analüüside vastuste tõlgendamist, mida on välja toodud ka kirjanduses - Perssoni ja Fribergi (2009) ning Walsethi jt (2011) sõnul soovisid patsiendid numbrilist informatsiooni kolesteroolist, veresuhkrust, vererõhust, et teha probleemi

konkreetsmaks ja rõhutada selle tõsidust.

Uurimistöös osalenud patsiendid on tunnetanud ka motivatsiooni tekitamise vajadust. Motiveerimiseks vajavad patsiendid aga suunamist, kõrvaltvaataja pilku ja mõtlemise muutumise sisendamist. Patsiendi sõnul tekib motivatsioon muutuseks siis, kui probleem on juba tõsine ning sel juhul tuleb seda motivatsiooni tugevdada. Probleemi tõsidust motivatsiooni tekitajana kirjeldasid ka Persson ja Friberg (2009), Walseth jt (2011) ning Vermunt jt (2011), kelle andmetel analüüside kõrgeenenud väärtused panid mõtlema muutuste vajalikkusele. Uuriija leiab, et nõustamisel on oluline pakkuda teavet konkreetsetes numbrilistes mõõdetavates ühikutes, näiteks kehamassiindeks, vööümbermõõt, keha rasvaprotsent, vererõhk, kolesterooli- ja veresuhkru analüüside väärtused, mis võimaldaks patsiendil endal mõista esinevaid terviseriske ja nende tõsidust ning see võiks olla üheks motivatsiooni suurendavaks teguriks.

Uurimistulemuste praktikasse rakendamise võimalustena näeb uurija eelkõige uurimistöö tulemuste tutvustamist uurimistöös osalenud perearstikeskustele ja seejärel pereõdedele ja perearstidele ka Eestis laiemalt, tehes selleks koostööd Eesti Pereõdede Ühingu, Eesti Pereõdede Seltsingu ja Eesti Perearstide Seltsiga. Veel näeb uurija ühe võimalusena uurimistöö tulemustest teavitamiseks artikli kirjutamist ajakirjadesse Pereõde, Perearst, Eesti Õde, Eesti Arst. Uurimistöö tulemustest on võimalik teavitada ka erinevatel erialastel konverentsidel – Õdede Liidu konverents, Tartu Ülikooli Õendusteaduse osakonna teaduskonverents, erinevad pereõdede ja perearstide korraldatud teabepäevad. Teavitustöö tulemusena loodab uurija, et pereõded ja perearstid saavad uusi ideid, mida praktikasse rakendada, et seeläbi võiks olla elustiili nõustamine perearstikeskustes veelgi efektiivsem.

Veel on üheks praktikasse rakendamise võimaluseks uurimistöö tulemuste integreerimine Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli õppekavva, kus uurija ise töötab terviseõenduse mooduli õppejõuna. Uurimistöö tulemusi saab rakendada nii õdede põhiõppes kui tasemeõppes, kus on elustiili nõustamine ka aineprogrammi integreeritud. Samuti sobib uurimistöö kasutamiseks terviseõdede erialakoolituses õppeaines „Elustiili nõustamine“. Elustiili nõustamise õpetuse integreerimise tähtsust nii õdede õppekavadesse kui praktiseerivate õdede täiendkoolitusprogrammidesse on toonud välja ka Jallinoja jt (2007) ning Parker jt (2010). Uuriija peab siinkohal eriti tähtsaks mitte unustada täiendkoolitusi kogenud õdedele, sest nii Jallinoja jt (2007) kui Parker jt (2010) väidavad, et õendustudengitel ja algajatel õdedel võivad olla paremad nõustamisalased kogemused kui kogenud õdedel, mida võib ka uurija isikliku kogemuse põhjal kinnitada. Uuriija nõustub eelnimetatud autorite seisukohaga, et põhjuseks on siin muutused õdede õppekavas – varem lõpetanud õdede õpingute ajal veel ei olnud elustiili

nõustamist õppekavadesse integreeritud. Seetõttu teeb uurija ettepaneku ka Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli täiendkoolituse üksusele lisada elustiili nõustamise alased koolitused täiendkoolitusprogrammidesse. Uurimistöö autor ühineb Jansink jt (2009) seisukohaga, et ühekordne nõustamisalane koolitus ei ole piisav, tulemusliku nõustamise jaoks on vajalikud jätkukoolitused ja supervisioon ning rakendusprogrammid töökohal.

Käesolevat uurimistööd võiks kasutada alusmaterjalina ka **edaspidiste uurimistööde koostamisel**, edaspidi võiks täiendavalt uurida nii tervishoiutöötajate (pereõdede ja perearstide) kui patsientide kogemusi ja vajadusi seoses elustiili nõustamisega perearstikeskustes kvantitatiivselt selleks koostatud mõõdiku alusel. Uurimus võiks hõlmata kogu Eesti perearstikeskusi. Kogu Eesti perearstikeskuste kaasamist nii tervishoiutöötajate kui patsientide osas võiks uurida suurema projekti raames. Lisaks tervishoiutöötajate nõustamispädevusele võiks uurida ka töökorraldust, kuidas oleks võimalik elustiili nõustamisele perearstikeskustes rohkem aega pühendada, sest sageli tuuakse üheks peamiseks takistuseks ajaressursi puudumist. Mitmed uurimistöös osalenud patsiendid väitsid, et piiratud aja tõttu toimub nõustamine pigem muu jutu sees, mida kinnitab ka Kettunen jt (2006) väide, et tihe ajagraafik loob pinnapealseid üldiseid soovitusi, millest pole kasu.

Patsiente nõustatakse elustiili alal ka mitte ainult perearstikeskustes – esmatasandi tervishoid hõlmab näiteks veel koolitervishoidu, töötervishoidu, koduõendust, apteegiteenust – miks mitte uurida elustiili nõustamist erinevates esmatasandi tervishoiu valdkondades. Samuti on haiglate juures kabinetid, kus toimub õdede iseseisev vastuvõtt, näiteks südamekabinet, suitsetamisest loobumise nõustamise kabinet, diabeediõde vastuvõtt – seega võiks uurida edaspidistes uurimistöödes elustiili nõustamist ka õdede iseseisval vastuvõtul. Kuna käesolevas uurimistöös oli mõnel uuritaval kogemusi ja vajadusi elustiili nõustamise osas ka väljaspool perearstikeskusi, siis võivad neil sarnased vajadused olla ka nõustamisel teiste ülalnimetatud teenuseosutajate puhul. Käesolevas uurimistöös oli mitmel uuritaval sarnaseid vajadusi nagu ka kirjanduses on välja toodud – valikuvõimaluste ja iseotsustamise vajadus, usaldusliku ja individuaalse lähenemise vajadus (Brobeck jt 2014, Wermeling jt 2014), seega ei saa välistada, et need vajadused on igal pool ühesugused, aga kuna kvalitatiivse uurimistöö puhul ei saa tulemusi üldistada, siis oleks vajalik teha kvantitatiivne uurimistöö. Terviklik ülevaade elustiili nõustamisest nii esmatasandi tervishoiu erinevates valdkondades kui erinevates nõustamiskabinettides ja seda nii patsientide kui tervishoiutöötajate vaatenurgast võimaldaks mõista patsientide vajadusi ning pakkuda nende vajadustele vastavat efektiivset nõustamisteenust erinevate spetsialistide koostöös.

6. JÄRELDUSED

Käesoleva uurimistöö tulemusena selgus, et patsientidel on seoses elustiili nõustamisega erinevaid kogemusi ja vajadusi.

Patsientide kogemused seoses elustiili nõustamisega käsitlesid nõustajaga, nõustatavaga ning nõustamisprotsessiga seotud kogemusi. Nõustajaga seoses tõid uuritavad välja kogemusi nõustaja isiksusega ja nõustaja professionaalsusega. Patsiendid olid kogenud, et nõustajad on sõbralikud, tähelepanelikud, sümpaatsed ja vastutulelikud, samas kogesid mõned uuritavad ka seda, et ei ole süvenetud ega osatud motiveerida. Nõustatavaga seotud kogemused hõlmasid isikliku vastutusega, tunnetega, motivatsiooniga ning takistustega seotud kogemusi. Enamus uuritavaid tõi välja, et nad vastutavad ja otsustavad ise, kuid motiveerida aitab lähedaste toetus. Nõustamisprotsessiga seotud kogemused hõlmasid nõustamise korraldust, erinevaid nõustamise teemasid, nõustamise tulemuslikkust ja patsientidel oli ka kogemusi ebatõhusate soovitustega. Uudsena selgus, et mitmed uuritavad pidasid rahustamist oluliseks nõustamise teemaks, mida varasemates uurimistöödes ei olnud nimetatud. Nõustamise tulemusena tegid patsiendid muutusi elustiilis ja mõtteviisis, suurenesid teadlikkus, tahtejõud ja enesekindlus. Mõned uuritavad tõid välja, et soovitused olid liiga üldistatud, soovitusi ei põhjendatud ja ei pakuta alternatiive.

Elustiili nõustamisega seotud vajadused patsientidel hõlmasid professionaalsusest lähtuvaid vajadusi ja individuaalsusest lähtuvaid vajadusi. Professionaalsusest lähtuvad vajadused olid pädeva ja põhjaliku nõustamise vajadus, spetsiifiliste soovituste vajadus ning toodi välja ka nõustamise korraldusega seotud vajadusi. Patsiendid pidasid vajalikuks, et nõustamine oleks regulaarne, järjepidev, erapooletu ja tulemuslik. Oluliseks peeti ka süvenemist, põhjendamist ja alternatiivide pakkumist. Kõige rohkem vajavad patsiendid toitumisalast nõustamist, aga ka liikumisalast, stressimaandavat ja ravimite alast nõustamist. Leiti, et nõustamiseks oleks vajalik pikem aeg ning sobida võiks grupinõustamine. Individuaalsusest lähtuvad vajadused olid usaldusliku suhte vajadus, hooliva suhtumise vajadus, personaalse lähenemise ning ka motivatsiooni tekitamise vajadus. Enamus uuritavaid pidasid oluliseks usaldusliku kontakti loomist, soojust ja sõbralikkust. Patsiendid vajavad, et neid ära kuulataks ja hoitaks silmsidet. Samuti on oluline, et patsiente aktsepteeritaks sellistena, nagu nad on ega antaks isiklikke hinnanguid. Mõnele patsiendile sobivad konkreetset korraldused, seevastu enamusele käskimine ei sobiks. Mitmed uuritavad on motiveerimiseks vajanud suunamist ja pidevat meeldetuletamist ning motivatsiooni hoidmiseks on vajalik regulaarne kontakt nõustajaga.

KASUTATUD KIRJANDUS

Boyce, C., Neale, P. (2006). Conducting In-Depth Interviews: A Guide for Designing In-Depth Interviews for Evaluation Input. Pathfinder International Tool Series. Monitoring and Evaluation-2.

http://www2.pathfinder.org/site/DocServer/m_e_tool_series_indepth_interviews.pdf

(14.03.2015)

Brooker, C jt (2002). Churchill Livingstone`s Dictionary of Nursing. (18th ed.) Harcourt Publishers Limited, Edinburgh.

Brobeck, E., Bergh, H., Odencrants, S., Hildingh, C. (2011). Primary healthcare nurses` experiences with motivational interviewing in health promotion practice. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 3322-3330.

Brobeck, E., Odencrants, S., Bergh, H., Hildingh, C. (2014). Patients` experiences of lifestyles discussions based on motivational interviewing: a qualitative study. *BMC Nursing*, 13:13

Brown, I., Thompson, J., Tod, A., Jones, G. (2006). Primary care support for tackling obesity: A qualitative study of the perceptions of obese patients. *British Journal of General Practice*, 56:666–72.

Burns, N, Grove, S.K. (2001). The Practice of Nursing Research. Conduct, Critique & Utilization. W.B.Saunders, Philadelphia.

Carlford, S., Lindberg, M., Andersson, A. (2012). Staff perceptions of addressing lifestyle in primary health care: a qualitative evaluation 2 years arter the introduction of a lifestyle intervention tool. *BMC Family Practice*, 13:99.

DiCicco-Bloom, B., Crabtree, B.F. (2006). The qualitative research interview. *Medical Education*, 40: 314-321.

Earle, V. (2010). Phenomenology as research method or substantive metaphysics? An overview of phenomenology`s uses in nursing. *Nursing Philosophy*, 11: 286-296.

Eesti Haigekassa majandusaasta aruanne 2006

https://www.haigekassa.ee/files/est_haigekassa_aruanded/EHK_Majandusaasta%20aruanne_2006.pdf (01.02.2015)

Eesti õenduse ja ämmaemanduse arengustrateegia 2011–2020 (2011). Eesti Õdede Liit. Eesti Ämmaemandate Ühing. Tallinn.

Eksin, M., Ingerainen, D., Lausvee, E. (2012). Südame- ja veresoonkonnahaiguste riskiga patsientide eluviis ning tervisedendus esmatasandil. *Eesti Arst*, 91(2), 69-75.

Elo, S., Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1): 107-115.

Endacott, R. (1997). Clarifying the concept of need: a comparison of two approaches to concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 25, 471-476.

Esmatasandi tervishoiu arengukava aastateks 2009–2015 (2009). Sotsiaalministeerium. Tallinn.

Fleming, P., Godwin, M. (2008). Lifestyle interventions in primary care. Systematic review of randomized controlled trials. *Canadian Family Physician*, 54: 1706-13.

Forouzanfar, M.H., Alexander, L., Anderson, H.R., Bachman, V.F., Biryukov, S., Brauer, M., et al. (2015). Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks in 188 countries, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*, 386(10010):2287-323.

Gering, S. (2012). Pereõdede iseseisev vastuvõtt Tartumaa pereõdede näitel. Magistritöö. Tartu Ülikool. Tartu.

Global status report on noncommunicable diseases 2010. (2011). World Health Organization. http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/en/ (04.02.2015)

Graneheim, U.H., Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112.

Haldre, K., Part, K., Toomet, K., Värvi, S. (2007). Õpilase seksuaalinterviis. Juhend kooli tervishoiutöötajale. Eesti Seksuaalinterviise Liit, Eesti Haigekassa, Eesti Õdede Liit. Tallinn.

Hörnsten, A., Lindahl, K., Persson, K., Edvardsson, K. (2014). Strategies in health-promoting dialogues – primary healthcare nurses' perspectives – a qualitative study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28: 235-244.

Jallinoja, P., Absetz, P., Kuronen, R., Nissinen, A., Talja, M., Uutela, A., Patja, K. (2007). The dilemma of patient responsibility for lifestyle change: Perceptions among primary care physicians and nurses. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 25:244-249.

Jansink, R., Braspenning, J., van der Weijden, T., Niessen, L., Elwyn, G., Grol, R. (2009). Nurse-led motivational interviewing to change the lifestyle of patients with type 2 diabetes (MILD-project): protocol for a cluster, randomized, controlled trial on implementing lifestyle recommendations. *BMC Health Services Research*, 9:19.

Jansink, R., Braspenning, J., van der Weijden, T., Elwyn, G., Grol, R. (2010). Primary care nurses struggle with lifestyle counseling in diabetes care: a qualitative analysis. *BMC Family Practice*, 11:41.

Kettunen, T., Poskiparta, M., Kiuru, P., Kasila, K. (2006). Lifestyle counseling in type 2 diabetes prevention: A case study of a nurse's communication activity to produce change talk. *Communication & Medicine*, 3(1), 3-14.

Kändma, K. (2008). Ootus (*expectation*). Mõisted ja definitsioonid. TÜ AR Õendusteaduse osakond.

http://www.oendusteadus.ut.ee/sites/default/files/ode/moisted_2008_2014.pdf (28.11.2015)

Kööp, K. (2013a). Elustiil/eluviis (*lifestyle*). Mõisted ja definitsioonid. TÜ AR Õendusteaduse osakond.

http://www.oendusteadus.ut.ee/sites/default/files/ode/moisted_2008_2014.pdf (13.02.2015)

Kööp, K. (2013b). Elustiil/eluviis (*lifestyle*) – mõiste analüüs. Iseseisev töö õppeaines Teadmised, teave ja teabe arendamine õendusteaduses. TÜ AR Õendusteaduse osakond.

Lambe, B., Connolly, C., McEvoy, R. (2008). The determinants of lifestyle counselling among practice nurses in Ireland. *International Journal of Health Promotion and Education*, 46(3): 94-99.

Malterud, K., Ulriksen, K. (2010). Obesity in general practice: A focus group study on patient experiences. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 28:205–10.

Miller, S.T., Marolen, K. (2012). Physical Activity-Related Experiences, Counseling Expectations, Personal Responsibility and Altruism among Urban African American Women with Type 2 Diabetes. *Diabetes Educator*, 38(2):229-235.

Miller, W.R., Rollnick, S. (1991). *Motivational Interviewing. Preparing People to Change Addictive Behavior*. New York: Guilford Press.

Morse, J.M. & Field, P.A. (1996). *Nursing Research. The Application of Qualitative Approaches*. Chapman & Hall, London.

Nes, M., Sawatzky, J.V. (2010). Improving cardiovascular health with motivational interviewing: A nurse practitioner perspective. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 22, 654-660.

Parker, W., Steyn, N.P., Levitt, N.S., Lombard, C.J. (2010). They think they know but do they? Misalignment of lifestyle modification knowledge among health professionals. *Public Health Nutrition*, 14(8), 1429-1438.

Pechter, U., Suija, K., Kordemets, T., Kalda, R., Maaroos, H.I. (2012). Physical activity and exercise counselling: a cross-sectional study of family practice patients in Estonia. *Quality in Primary Care*, 20(5), 355 - 363.

Perearsti kvaliteedisüsteemi indikaatorite kirjeldused 2015

https://www.haigekassa.ee/sites/default/files/PKS/indikaatorikirjeldused_2015.pdf (01.02.2015)

Perearstide nimistud. (2016). Terviseamet.

<http://www.terviseamet.ee/peremeditsiin/perearstide-nimistud.html> (31.03.2016)

Persson, M., Friberg, F. (2009). The dramatic encounter: experiences of taking part in a health

conversation. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 520-528.

Pertel, T., Koppel, A., Kalda, R., Tõemets, T., Vaask, S., Viilup, J. (2010). Mapping the status of disease prevention and health promotion at primary health care level in Estonia. World Health Organization Regional Office for Europe.

<http://ee.euro.who.int/E93354.pdf> (28.11.2013)

Pilv, L., Rätsep, A., Oona, M., Kalda, R. (2012). Prevalent obstacles and predictors for people living with type 2 diabetes. *International Journal of Family Medicine*, doi: 10.1155/2012/842912.

Poskiparta, M., Kasila, K., Kiuru, P. (2006). Dietary and physical activity counselling on Type 2 diabetes and impaired glucose tolerance by physicians and nurses in primary healthcare in Finland. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 24: 206-210.

Rollnick, S., Miller, W.R., Butler, C.C. (2011). Motiveeriv intervjuerimine tervishoius. Kuidas aidata patsientidel käitumist muuta. Tallinna Raamatutrükikoda, Tallinn.

Sargeant, J., Valli, M., Ferrier, S., Macleod, H. (2008). Lifestyle counseling in primary care: opportunities and challenges for changing practice. *Medical Teacher*, 30: 185-191.

Strong, T., Nielsen, K. (2008). Constructive conversations: Revisiting selected developments with clients and counsellors. *Counselling and Psychotherapy Research*, 8(4): 253-260.

Suija, K., Pechter, Ü., Kalda, R., Rätsep, A., Oona, M., Maaroos, H.I. (2010). Physical activity of Estonian family doctors and their counselling for a healthy lifestyle: a cross-sectional study. *BMC Family Practice*, 11(11), 1-6.

Tekkel, M., Veideman, T. (2015). Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring 2014. Tervise Arengu Instituut. Tallinn.

Tervishoiuteenuste korraldamise seadus. (RT I 2001, 50, 284)

<https://www.riigiteataja.ee/akt/27072?leiaKehtiv> (28.11.2015)

Turner, D.W., III (2010). Qualitative interview design: A practical guide for novice investigators. *The Qualitative Report*, 15(3), 754-760.

Tõemets, T. (2008). Pereõde töö ja tööalane koolitus: pereõde, perearsti ja koolitaja arvamused. Magistritöö. Tartu Ülikool. Tartu.

Van Dillen, S.M.E., Hiddink, G.J. (2014). To what extent do primary care practice nurses act as case managers lifestyle counselling regarding weight management? A systematic review. *BMC Family Practice*, 15:197.

Vermunt, P.W.A., Milder, I.E.J., Wielaard, F., deVries, J.H.M, van Oers, H.A.M., Westert, G.P. (2011). Lifestyle Counseling for Type 2 Diabetes Risk Reduction in Dutch Primary Care. *Diabetes Care*, 34: 1919-1925.

Viigimaa, M., Eha, J., Hedman, A., Kampus, P., Liiver, A., Maaroos, J., Marandi, T., Mesikepp, A., Muda, P., Ristimäe, T., Roose, M., Suurorg, L., Teesalu, R., Tiik, M., Tupits, H., Vokk, R., Zemtsovski, M. (2006). Eesti südame- ja veresoonkonna haiguste preventsiiooni juhised. *Eesti Arst*, 85:182-216.

Walseth, L.T., Abildsnes, E., Schei, E. (2011). Patients` experiences with lifestyle counselling in general practice: A qualitative study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 29:99-103.

Watson, S.J. (1991). An analysis of the concept of experience. *Journal of Advanced Nursing*, 16, 1117-1121.

Wermeling, M., Thiele-Manjali, U., Koschak, J., Lucius-Hoene, G., Himmel, W. (2014). Type 2 diabetes patients` perspectives on lifestyle counselling and weight management in general practice: a qualitative study. *BMC Family Practice*, 15:97.

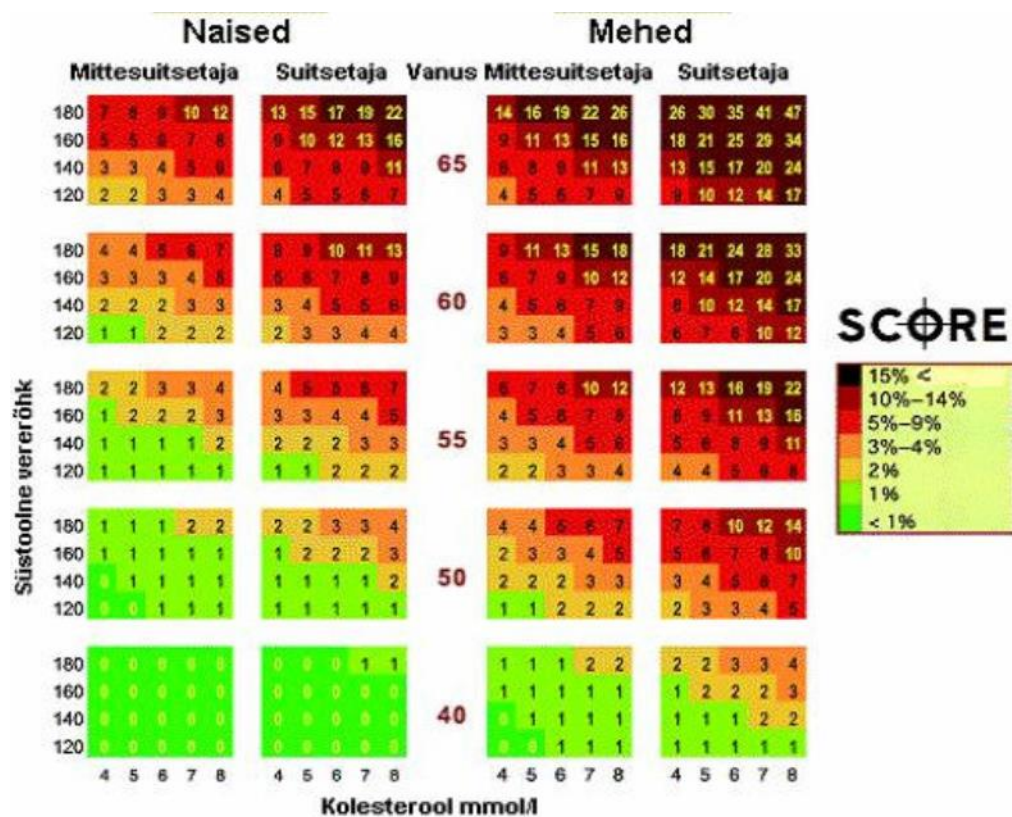
What is Patient-Centred Healthcare? A Review of Definitions and Principles. (2007). International Alliance of Patients' Organizations.

Whittemore, R., Melkus, G.D., Alexander, N., Zibel, S., Visone, E., Muench, U., Magenheimer, E., Wilborne, S. (2010). Implementation of a lifestyle program in primary care by nurse practitioners. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 22(12): 684-693.

Wilcox, S., Parra-Medina D., Felton, G.M., Poston, M.E., McClain, A. (2010). Adoption and Implementation of Physical Activity and Dietary Counseling by Community Health Center Providers and Nurses. *Journal of Physical Activity & Health*, 7(5):602-612.

LISA 1: SCORE (Systematic Coronary Evaluation) riskitabelite süsteem

SCORE (Systematic Coronary Evaluation) riskitabelite süsteem (Viigimaa jt 2006).



LISA 2: Uuritava informeerimise ja teadliku nõusoleku vorm

Uuritava informeerimise ja teadliku nõusoleku vorm

Olen Tartu Ülikooli õendusteaduse magistriõppe II kursuse magistrant Kadri Kõöp ning palun Teil osaleda oma magistritööga seotud uurimistöös, mille eesmärk on kirjeldada patsientide kogemusi ja vajadusi elustiili nõustamisest perearstikeskustes. Uurimistöö on vajalik, sest patsientide kogemuste mõistmise tulemusena saab elustiili nõustamist perearstikeskustes efektiivsemaks muuta.

Uurimismaterjali kogumiseks soovib uurija läbi viia intervjuud patsientidega, kellel on kogemusi elustiili alasest nõustamisest. Intervjuude kestvus on 30 minutit kuni 1 tund ning intervjuu läbiviimiseks lepatakse uuritavaga kokku temale sobiv aeg ja asukoht.

Uurimistöös osalemine on vabatahtlik ning soovi korral võib sellest igal ajal loobuda. Kõik Teie andmed hoitakse salajas ega avaldata kolmandatele isikutele. Juurdepääs kogutavatele andmetele on ainult uurijal ning andmed säilitatakse kõrvaliste isikute eest kaitstult. Intervjuude salvestised ja märkmed hävitatakse magistritöö kaitsmise järgselt. Uurimistöö tulemused avalikustatakse üldistatuna ning tagatakse uuritavate anonüümsus. Uurimistöö läbiviimiseks on taotletud luba Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komiteelt.

Uurija vastab meelesdi kõikidele uurimistööd puudutavatele küsimustele.

Meeldivat koostööd soovides,
Kadri Kõöp,
õendusteaduse magistrant
telefoninumber: 56 577 930
e-post:koopkadri@gmail.com

Mind,, on informeeritud ülalmainitud uuringust ja ma olen teadlik läbiviidava uurimistöö eesmärgist ja uuringu metoodikast, kinnitan oma nõusolekut selles osalemiseks allkirjaga.

Tean, et uuringute käigus tekkivate küsimuste kohta saan mulle vajalikku täiendavat informatsiooni uuringu teostajalt.

Uuritava allkiri.....

Kuupäev, kuu, aasta

Uuritavale informatsiooni andnud isiku nimi: Kadri Kõöp

Uuritavale informatsiooni andnud isiku allkiri:

Kuupäev, kuu, aasta

LISA 3: Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komitee luba uurimistööks

Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komitee

Protokolli number: 247/T-10

koosolek: 27.04.2015

Komitee koosseis:

Esimees

Aime Keis Tartu Ülikool arstiteaduskond, meditsiinieetika lektor

Aseesimees

Oivi Uibo Tartu Ülikool arstiteaduskond, lastegastroenteroloogia dotsent

Liikmed

Külli Jaako Tartu Ülikool arstiteaduskond, farmakoloogia vanemteadur / farmakoloogia vanemassistent

Maie Kreegipuu Tartu Ülikooli sotsiaal- ja haridusteaduskond, kliinilise psühholoogia lektor

Maire Peters Tartu Ülikool arstiteaduskond, geneetika vanemteadur

Mare Remm Tartu Tervishoiu Kõrgkool, bioanalüütiku õppekava dotsent

Judit Strömpl Tartu Ülikool, sotsiaal- ja haridusteaduskond, sotsiaalpoliitika dotsent

Arvo Tikk Tartu Ülikool arstiteaduskond, emeritprofessor

Otsus: Anda luba uurimistööks.

Uurimistöö nimetus:

Patsientide kogemused ja vajadused seoses elustiili nõustamisega perearstikeskustes

Vastutav uurija (asutus):

Kadri Kõöp (Tartu Ülikool, arstiteaduskond, õendusteaduse osakond, Ravila 19 - 4056, 50411, Tartu)

Komitee poolt läbivaadatud dokumendid:

1. Uurimistöö avaldus kooskõlastuse saamiseks Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komiteelt, täiendatud 11.05.2015
2. Uuritava informeerimise ja teadliku nõusoleku vorm, täiendatud 11.05.2015
3. Poolstruktureeritud intervjuu küsimused, täiendatud 11.05.2015
4. Uuringumeeskonna CV-d (Kadri Kõöp, Tiina Tõemets, Ruth Kalda)

Uurimistöö lõpp: juuni 2016

Komitee esimees: Aime Keis /allkirjastatud digitaalselt/

Komitee sekretär: Eveli Kadarik /allkirjastatud digitaalselt/

Väljastatud: /viimase digitaalallkirja kuupäev/

Tartu Ülikool
teadus- ja arendusosakond
Lossi 3
51003 Tartu

tel 737 5514
e-post eetikakomitee@ut.ee
www.ut.ee/teadus/eetikakomitee

LISA 4: Poolstruktureeritud intervjuu küsimused

Poolstruktureeritud intervjuu küsimused

I Uuritava tunnused

- Vanus
- Sugu
- Piirkond (Tallinn või Harjumaa)
- Terviseprobleem (krooniline haigus või kõrge SVH risk)

II Sissejuhatavad küsimused

- Mida tähendab Teie jaoks elustiili nõustamine?
- Millistes valdkondades olete saanud elustiili nõustamist?
- Millistes valdkondades vajaksite elustiili nõustamist kõige enam?
- Kellelt olete saanud elustiili nõustamist?

III Kogemused seoses elustiili nõustamisega

- Millised on Teie senised kogemused elustiili nõustamisega?
- Missuguseid tundeid Teie tekitab elustiili nõustamine?
- Milliseid muutusi olete teinud oma elustiilis nõustamise tulemusena?
- Mis Teid on toetanud elustiili muutuste tegemisel?
- Mis Teile meeldis nõustamisel?
- Mis Teile ei meeldinud nõustamisel?

IV Vajadused seoses elustiili nõustamisega

- Millised on Teie ootused elustiili nõustamisele?
- Mis on Teie jaoks tähtis elustiili nõustamise juures?
- Mida Te soovite, et õde/arst Teilt elustiili nõustamisel küsiks?
- Kuidas õde/arst saaksid Teid toetada elustiili muutmisel?
- Kirjeldage, milline on Teie arvates ideaalne nõustamine?